

α.s.r.

ik kies zelf



α.s.r.
de nederlandse
verzekerings
maatschappij
voor alle
verzekeringen



Ik kies zelf van α.s.r.

Polisvoorwaarden Vrije keuze 2024

Inhoud

1.	Begripsomschrijvingen	4
2.	Grondslag van de verzekering	13
3.	Vergoeding van zorg	14
4.	Premie	17
5.	Verplicht eigen risico	17
6.	Vrijwillig gekozen eigen risico	18
7.	Privacy	19
8.	Verplichtingen	20
9.	Regres	20
10.	Fraude	20
11.	Onrechtmatige inschrijving	21
12.	Premiebetaling en betalingsachterstand	22
13.	Declaraties en schorsing	23
14.	Kennisgeving relevante gebeurtenissen	23
15.	Herziening van premie of voorwaarden	24
16.	Begin en einde van de verzekering	24
17.	Heroverweging en klacht	26

18. Geneeskundige zorg	27
18.1 Audiologische zorg	27
18.2 Buitenland	27
18.3 Dialyse	28
18.4 Diëtetiek	29
18.5 Eerstelijns verblijf (ELV)	29
18.6 Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing	31
18.7 Ergotherapie	31
18.8 Farmaceutische zorg	31
18.9 Fysiotherapie en oefentherapie	33
18.10 Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)	34
18.11 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)	34
18.12 Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	35
18.13 Huisarts	37
18.14 Hulpmiddelenzorg	37
18.15 Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht of obesitas	38
18.16 Logopedie	39
18.17 Mechanische beademing	39
18.18 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)	40
18.19 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	42
18.20 Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	44
18.21 Orgaantransplantaties	45
18.22 Paramedische herstellzorg na ernstige corona	46
18.23 Preventieve voetzorg	47
18.24 Revalidatie	48
18.25 Stoppen met roken	50
18.26 Trombosedienst	50
18.27 Verloskundige zorg en kraamzorg	51
18.28 Verpleging en verzorging	52
18.29 Ziekenvervoer	56
18.30 Zintuiglijk gehandicapten zorg (ZG-zorg)	58
19. Uitsluitingen	59
Clausule Terrorisme	60
Contactgegevens	60

Deze polisvoorwaarden zijn onder voorbehoud van goedkeuring door de Nederlandse Zorgautoriteit, zo spoedig mogelijk na 01-01-2024 is de definitieve versie beschikbaar op onze site.

1. Begripsomschrijvingen

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

Apotheekhoudende

De apotheekhoudend huisarts of een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, of een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven. Onder apotheekhoudende verstaan wij ook de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

Bedrijfsarts

Een arts die optreedt namens de werkgever of de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten. De arts is ingeschreven als bedrijfsarts in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Sociaal-Geneskundige Registratie Commissie (SGRC).

Behandelplan of zorgplan

Een behandelplan of zorgplan bestaat onder andere uit een omschrijving van:

- de voorgeschiedenis;
- de klachten;
- uitkomsten van onderzoeken die al zijn uitgevoerd;
- de (vermoedelijke) diagnose;
- de voorgestelde behandeling: doel, aard, frequentie en duur van de behandeling, door welke zorgaanbieder(s) en met of zonder opname;

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis.

Beroepenlijst zorgprestatie model GGZ

De beroepenstructuur in de GGZ uitgegeven door de Nederlandse Zorgautoriteit waarin die beroepen zijn opgenomen die bevoegd en bekwaam zijn om een rol te vervullen in de (individuele diagnosegerichte) behandeling van cliënten in de GGZ.

Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde betreft tandheelkundige zorg aan bijzondere patiëntengroepen die door de moeilijkheidsgraad van de verrichtingen of bepaalde omstandigheden niet door de huistandarts kan worden verleend.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Cessieverbod

Een cessieverbod houdt in dat de zorgaanbieder geen nota namens de verzekerde mag indienen bij de zorgverzekeraar. De verzekerde betaalt zelf de nota aan de zorgaanbieder en declareert de kosten bij de verzekeraar.

Consultatiebureauarts

Een arts die is ingeschreven als Jeugdarts KNMG in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en als zodanig werkzaam is in de Jeugdgezondheidszorg.

Crisis zorg GGZ

Een behandeling voor een patiënt die spoedeisende geestelijke hulp nodig heeft. Deze zorg wordt verleend door een psychiatrisch hulpverlener die werkt voor een regionale 24-uurs crisisdienst. Dit wordt ook wel crisisbehandeling genoemd. Er is sprake van een crisissituatie wanneer spoedeisende hulp binnen 24 uur noodzakelijk is, bijvoorbeeld in geval van dreigende suïcide.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

DBC-zorgproduct

Een DBC-zorgproduct beschrijft het totale traject van medisch specialistische zorg door middel van een declaratiecode, die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. In de DBC zijn de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven.

Het DBC-zorgproduct begint op de datum van de eerste zorgactiviteit. Dit kan zijn een (telefonisch) consult met een specialist of een onderzoek. De DBC wordt afgesloten volgens de geldende regelgeving.

Diabetespodothérapeut

Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podothérapeut en tevens als diëtist geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Diëtist

Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podothérapeut en tevens als diëtist geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

DSM

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is een classificatiesysteem voor psychiatrische stoornissen. Het biedt een geclusterde beschrijving van deze stoornissen op basis van symptomen.

Eerstelijnsverblijf

Tijdelijk verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podothérapeut en tevens als ergotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

De terhandstelling van de bij of krachtens het Besluit Zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, en/of advies en begeleiding zoals apotheekhoudenden die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, één en ander met inachtneming van het door ons vastgestelde Reglement Farmaceutische zorg.

Fraude

Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of recht-hebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van een (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekerings-dekking te verkrijgen onder valse voorwendsels.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een instelling voor eerstelijns verloskundige zorg (ook wel geboortehotel of bevalcentrum genoemd) gevestigd in een ziekenhuis met acute verloskundige zorg in het zorgaanbod. Je kunt hier bevallen en eventueel verblijven gedurende de kraamperiode.

Gecontracteerde zorg

De zorg die wij op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht zijn op basis van een tussen ons en een zorgaanbieder gesloten overeenkomst te verlenen dan wel te vergoeden.

Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp)

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare verzekerden die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek. De specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten zijn meestal hoofdbehandelaar voor deze zorg.

Geneesmiddel

Een stof of samenstel van stoffen die bestemd is om te worden toegediend of aangewend of gepresenteerd voor:

- het genezen of voorkomen van een ziekte, gebrek, wond of pijn bij de mens;
- het stellen van een geneeskundige diagnose bij de mens, of
- het herstellen, verbeteren of anderszins wijzigen van functies bij de mens.

Geriatrisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als geriatrisch fysiotherapeut is geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis.

Geriatrische revalidatiezorg

Geriatrische revalidatie is bedoeld voor kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld door een beroerte of een botbreuk. Deze vorm van revalidatie is aangepast aan de individuele herstel-mogelijkheden en het trainingstempo van deze ouderen en houdt rekening met eventuele andere bestaande aandoeningen. Het doel is de ouderen te helpen om terug te keren naar huis.

Gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog)

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GGZ-instelling

Een instelling die geestelijke gezondheidszorg in verband met een psychische stoornis mag leveren, al dan niet gepaard gaande met verblijf. De zorginstelling moet zijn toegelaten volgens de Wet Toetreding Zorgaanbieders (WTZa). Op basis van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ van de zorginstelling wordt het onderscheid gemaakt tussen vrijgevestigde praktijken en instellingen.

Handicap

Door een stoornis of beperking veroorzaakt lichamelijk of geestelijk onvermogen om normaal te kunnen functioneren.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut die geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici en tevens voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door ons vastgestelde Reglement Hulpmiddelen Vrije Keuze inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

In-vitrofertilisatiepoging

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:

- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- de follikelpunctie;
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Je/jij/jou

De verzekerde persoon, verzekeringnemer en/of verzekerde. De naam van deze persoon staat vermeld op het polisblad.

Jeugdarts

Een arts die is ingeschreven als Jeugdarts KNMG in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingesteld Profielregister of die ingeschreven is als arts Maatschappij en Gezondheid in het door de RGS ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en als zodanig werkzaam is in de Jeugdgezondheidszorg.

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen.

Ketenzorg

Ketenzorg is voor mensen met chronische ziekten, zoals diabetes, COPD en een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. De huisarts verleent deze zorg in samenwerking met andere zorgaanbieders.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut is geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis.

Klinisch psycholoog

Een klinisch psycholoog is een GZ psycholoog die na het afronden van de universitaire studie psychologie en de opleiding tot GZ-psycholoog, de 3 jarige universitaire opleiding klinische psychologie heeft afgerond. De klinisch psycholoog diagnosticeert en behandelt de meer complexe en ernstige psychische stoornissen.

Kraambureau

Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen. Hieronder wordt ook verstaan een kraamcentrum.

Kraamhotel

Een instelling voor verblijf met kraamzorg, volgens bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door ons als zodanig erkende instelling.

Kraamzorg

De zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum of kraamhotel verbonden kraamverzorgster of kraamverzorgende, die zorg verleent zoals kraamverzorgers die plegen te bieden.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een laboratorium, dat volgens bij of krachtens de wet gestelde regels als zodanig is toegelaten.

Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is een veldnorm waarin de GGZ-zorgaanbieder moet hebben aangegeven hoe hij de kwaliteit en verantwoording van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg heeft geregeld, die ingeschreven is als professionele standaard in het openbaar register voor kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten en informatiestandaarden van het Zorginstituut Nederland en geldt voor alle GGZ-zorgaanbieders. GGZ-zorgaanbieders zijn verplicht om een kwaliteitsstatuut te hebben. Per 1 januari 2022 geldt hiervoor het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ als uitgangspunt. Dat wil zeggen dat zorgaanbieders het Landelijk Kwaliteitsstatuut als basis gebruiken voor hun eigen kwaliteitsstatuut.

Logopedist

Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als logopedist geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Machtiging

De schriftelijke toestemming die wij je geven na een aanvraag voor zorg bij een zorgaanbieder. Uit de machtiging blijkt dat:

- de aangevraagde zorg valt onder de dekking van je zorgverzekering;
- je redelijkerwijs op de zorg bent aangewezen;
- je recht hebt op een (gedeeltelijke) vergoeding van die zorg volgens de polisvoorwaarden.

Bij de desbetreffende zorgsoort zijn de specifieke eisen hieromtrent opgenomen.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis.

Medebehandelaren GGZ

Medebehandelaren werken onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar en zijn met hun beroep opgenomen in de Zorgprestatiemodel (ZPM) Beroepentabel GGZ.

Medisch adviseur

Een medisch adviseur kan een adviserend fysiotherapeut, een adviserend verpleegkundige of een adviserend geneeskundige zijn. De adviserend geneeskundige staat ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid in het Specialistenregister van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) of is ingeschreven als arts Beleid en AdviesKNMG in het door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) ingestelde Profielregister en is als zodanig werkzaam bij een zorgverzekeraar. De adviserend geneeskundige is vindbaar in het BIG-register onder het beroep arts, met of zonder vermelding van het specialisme.

Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven als medisch specialist in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit. Houdt zich bezig met regulering, toezicht en uitvoering van de zorg.

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens geregistreerd staat als oedeemtherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie van het Kwaliteitshuis.

Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als oefentherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Omzetplafond

Om de zorgkosten te beheersen en daarmee de premie zo betaalbaar mogelijk te houden, hanteren wij bij sommige gecontracteerde zorgaanbieders een omzetplafond. Dit betekent dat wij met deze zorgaanbieders een maximumbedrag hebben afgesproken dat in een kalenderjaar gedeclareerd mag worden.

Opname

Opname van 24 uur of langer in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, als en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist noodzakelijk moet zijn.

Orthodontist

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen.

Orthopedagoog-generalist

Een Orthopedagoog generalist is BIG-geregistreerd en ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen. In aansluiting op de universitaire masteropleiding pedagogische wetenschappen, psychologie of gezondheidswetenschappen, waarin klinische vaardigheden moeten zijn opgedaan én een klinische stage is gevolgd, is een tweejarige duale postmasteropleiding tot orthopedagoog-generalist afgerond.

Orthoptist

Een orthoptist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als orthoptist geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Pedicure

Een pedicure die met de aantekening voor diabetes- of medisch pedicure geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister voor Pedicures.

Physician assistant

Een medisch professional op hbo-niveau, geregistreerd volgens de Wet BIG met specialisatie physician assistant. De physician assistant is zelfstandig bevoegd tot het verrichten van bepaalde handelingen die vallen binnen zijn of haar vakgebied/specialisatie, zoals endoscopieën, katheterisaties, het geven van injecties en het voorschrijven van receptgeneesmiddelen. De physician assistant kan tevens werken in opdracht van of onder supervisie van een medisch specialist of huisarts.

Podotherapeut

Een podotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en tevens als podotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Privacyverklaring GGZ

Een verklaring ondertekend door verzekerde en zorgaanbieder, die er voor zorgt dat er geen tot de diagnose herleidbare gegevens op de nota komen te staan.

Privékliniek

Een behandelcentrum in Nederland zonder WTZa-toelating of een behandelcentrum in het buitenland waar behandelingen worden uitgevoerd die niet vergoed worden door de ziektekostenverzekering(en) die deel uitmaken van het sociale stelsel in het betreffende land.

Psychiater

Een arts die is ingeschreven als psychiater in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Regiebehandelaar geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp)

De regiebehandelaar gzsp is een zorgaanbieder die verantwoordelijk is voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan. Dit betekent dat hij zorginhoudelijk in staat moet zijn om, in samenwerking met andere zorgaanbieders, de zorgbehoefte van de verzekerde te bepalen en te omschrijven in het behandelplan. De regiebehandelaar moet het behandelplan kunnen aanpassen aan mogelijke veranderingen in de zorgbehoefte.

Regiebehandelaar GGZ

Een regiebehandelaar is de zorgaanbieder die de regie voert over het zorgproces zoals beschreven in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ, de veldafpraak 2023 en de NZa-regelgeving.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een revalidatie-instelling, dat als zodanig volgens de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten.

Revalidatie-instelling

Een instelling die revalidatie mag leveren, al dan niet gepaard gaande met verblijf. Deze zorginstelling moet zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen.

Second opinion

Het vragen van een beoordeling van een door een arts of medisch specialist gestelde diagnose/voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts/medisch specialist die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. In de wijkverpleging gaat een second opinion om een herbeoordeling van de geldende indicatie door een tweede, onafhankelijke wijkverpleegkundige.

SOS International

Organisatie die 24/7 hulp biedt aan verzekerden bij ziekte of een ongeval in het buitenland. Je kunt online medische reishulp vragen via www.sosinternational.nl/nl-NL/smartmelden. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met je opgenomen.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die is ingeschreven als specialist ouderengeneeskunde in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten ingesteld register van erkende specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Spoedeisende zorg

Zorg die vooraf niet kan worden voorzien en het gevolg is van een acute ziekte of ongeval waarbij direct medisch noodzakelijke hulp nodig is die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die is opgeleid volgens het "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".

V&VN

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden.

Verdragsland

Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten of Zwitserland, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Macedonië, Servië, Montenegro, Tunesië, Turkije en Verenigd Koninkrijk.

Verloskundige

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist GGZ

Een verpleegkundig specialist GGZ die in één van de vijf wettelijke registers van verpleegkundigen als zodanig geregistreerd staat volgens artikel 14 Wet BIG.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verpleging en verzorging

Verpleging en verzorging richt zich op je lichamelijke gezondheid en op het bevorderen van je zelfredzaamheid in je eigen woonomgeving.

Verslavingsarts

Een arts die werkt in een gebouw voor verslavingszorg of geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze arts begeleidt en behandelt mensen met een verslaving.

Verwijzing

Het advies van een zorgaanbieder aan een verzekerde om zich onder behandeling te stellen van of een behandeling voort te zetten bij een andere zorgaanbieder. Een verwijzing moet voorafgaand aan de behandeling worden afgegeven. Op een verwijsbrief staan minimaal: NAW-gegevens en geboortedatum verzekerde, naam, functie, AGB-code en stempel van de praktijk en/of handtekening van de verwijzer, datum afgifte, reden van verwijzing en eventuele overige relevante gegevens. Een verwijsbrief is tot 1 jaar (bij GGZ 9 maanden) na afgifte geldig en moet voldoen aan landelijke wet- en regelgeving.

Verzekerde

Een ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wachtlijstbemiddeling

Als de zorgaanbieder langere wachttijden heeft dan landelijk is afgesproken, kun je contact met ons opnemen voor hulp bij wachtlijstbemiddeling. Verwijzing vindt altijd plaats naar een andere zorgaanbieder.

Wet BIG

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wij/ons

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.

Wijkverpleegkundige

Een verpleegkundige of verpleegkundig specialist die hiertoe een opleiding heeft afgerond op hbo-niveau, NLQF opleidingsprofiel Bachelor of Nursing niveau 5 of 6 (art.3.1, art 14 wet BIG / NLQF versie 4.0).

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Wtza

Wet toetreding zorgaanbieders. Per 1 januari 2022 is de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) in werking getreden. De zorgaanbieder heeft in het verlengde daarvan een meldplicht, vergunningplicht en de verplichting van intern toezicht.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een centrum voor medisch specialistische zorg (onderzoek en behandeling), zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen of met een Wlz-toelating.

Ziekenhuis

Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel mensen zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

Zorgaanbieder

Een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener die in het bezit is van een WTZA toelating.

Zorgtraject (GGZ)

Een zorgtraject omvat alle zorg (intake, diagnostiek-, behandel- of groepsconsulten bijvoorbeeld) die voor de zorgvraag van de cliënt wordt geleverd binnen de Zorgverzekeringswet (ongeacht diagnose, setting of zorgtypering). De zorg vindt plaats binnen een setting die wordt bepaald op basis van de zorgvraag van de patiënt. De startdatum is de datum van de eerste zorgprestatie. Een zorgtraject eindigt zodra de zorgverlener en/of patiënt de behandeling afsluiten (binnen de Zvw). Daarnaast kan een zorgtraject gesloten worden vanwege de overgang naar Wlz. Een zorgtraject wordt automatisch afgesloten als er 365 kalenderdagen geen zorgprestatie (consult) is geleverd. Dit geldt ook bij een chronische zorgvraag waarbij de contactmomenten soms verspreid zijn. Dan wordt het traject ook gesloten als er 365 dagen geen consult geleverd is

Zorgverlener

Een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent

Zorgverzekeraar

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.

Zvw-pgb

Persoonsgebonden budget vanuit de Zorgverzekeringswet.

2. Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:

- elke verzekeringsplichtige in Nederland;
- in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.

Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Combinatieverzekering en is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
- Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier.

De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt de verzekeringnemer jaarlijks van ons.

Je ontvangt een (digitale) zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet je aan de zorgaanbieder tonen bij het inroepen van zorg. Daarna heb je recht op vergoeding van zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

De kosten van zorg kun jij of de zorgaanbieder bij ons declareren. Wij vergoeden de kosten volgens de voorwaarden zoals hieronder beschreven in Artikel 3. Het eigen risico en eventuele wettelijke eigen bijdragen komen voor je eigen rekening.

In deze polisvoorwaarden staat op welke dekking je recht hebt. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat je recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als zo'n maatstaf ontbreekt, geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Je hebt alleen recht op vergoeding van zorg als je daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Wij kunnen geen basisverzekering met je afsluiten als het door jou verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder je in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven. Deze regel is niet van toepassing als:

- je een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift hebt overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en deze verklaring mag niet ouder zijn dan één maand;
- je een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank hebt overlegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- je van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

Correspondentie op papier ontvangen

Wij communiceren met je op digitale wijze. Wil je toch een correspondentiestuk op papier ontvangen? Dan kun je hiervoor een verzoek indienen bij onze klantenservice. Je krijgt dan alsnog jouw correspondentiestuk op papier.

Je verzoek geldt alleen voor het correspondentiestuk dat je opvraagt. Alle toekomstige correspondentie ontvang je gewoon weer digitaal op de gebruikelijke wijze.

3. Vergoeding van zorg

Vergoeding

Om te bepalen of je recht hebt op de vergoeding van zorg, is de behandeldatum en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is. Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de DBC (de datum van de eerste zorgactiviteit) bepalend voor het recht op vergoeding van zorg. Op het startmoment moet je bij ons verzekerd zijn om zorg vergoed te krijgen.

Vrije keuze van zorgaanbieder

Met deze basisverzekering heb je recht op de vergoeding van kosten voor zorg. Daarbij ben je volledig vrij in de keuze van zorgaanbieder. Je kunt hierbij gebruik maken van:

- zorg verleend door een zorgaanbieder die een overeenkomst met ons heeft (gecontracteerde zorg);
- zorg verleend door een zorgaanbieder die geen overeenkomst met ons heeft (niet- gecontracteerde zorg).

Vergoeding bij gecontracteerde zorg

Als je kiest voor zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder, vergoeden wij je kosten volgens de tarieven die wij hebben afgesproken met deze zorgaanbieder. Wij betalen de zorgaanbieder rechtstreeks en je ontvangt geen nota. Een eventuele wettelijke eigen bijdrage betaal je meestal apart aan de zorgaanbieder. Is dat niet het geval, dan incasseren wij dit bij je. Naast afspraken over de tarieven en de wijze van declareren, leggen wij in het contract met de zorgaanbieder ook afspraken vast over de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg en de voorwaarden waaronder de zorg mag worden verleend.

Gecontracteerde zorgaanbieders kun je vinden op <https://zorgzoeker.asr.nl>.

Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wettelijk maximumtarief en vrije tarieven

Als je naar een zorgaanbieder binnen Nederland gaat waarmee wij geen of beperkt een contract hebben afgesloten dan vergoeden wij je behandeling tot ten hoogste 100% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Het gemiddelde gecontracteerde tarief is gemiddelde bedrag dat wij betalen voor je behandeling als je naar één van onze gecontracteerde zorgaanbieders gaat.

Uitzonderingen hierop zijn:

- Behandelingen in het kader van de Wet zorg en dwang
Hiervoor geldt dat wij je behandeling vergoeden tot het maximale NZa tarief.
- Huisarts
Hiervoor geldt dat wij huisartsenzorg vergoeden tot 100% van het maximumtarief dat is vastgesteld door de NZa. Door de huisarts aangevraagd onderzoek (zoals een röntgenfoto of bloedonderzoek) dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd vergoeden wij tot ten hoogste 100% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.
- Hulpmiddelen
Hiervoor geldt dat wij hulpmiddel/behandeling vergoeden tot ten hoogste 100% van het laagste gecontracteerde tarief. Hieronder verstaan wij het laagste bedrag dat wij hiervoor ter vergoeding hebben afgesproken met onze gecontracteerde zorgaanbieders.
- Vervoer
Hiervoor geldt dat wij je vervoer vergoeden tot ten hoogste 100% van het gemiddelde tarief in de markt.
- Verpleging en verzorging
Hiervoor geldt dat wij je behandeling vergoeden tot ten hoogste 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.
- Dure Geneesmiddelen (DGM) en Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC)
Hiervoor geldt dat wij je behandeling/geneesmiddel vergoeden tot ten hoogste 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

- GGZ (specialistisch en basis)
Hiervoor geldt dat wij je behandeling vergoeden tot ten hoogste 85% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen.

Voor verpleging en verzorging in de vorm van een Zvw-pgb gelden de maximale tarieven die vermeld staan in het Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze 2024.

Het Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze 2024 kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg

Wij behandelen alleen originele nota's. Wij kunnen de nota alleen verwerken als hierop alle relevante gegevens vermeld staan. Deze worden bepaald door de NZa en benoemd in de nu geldende beleidsregels. Deze zijn te vinden op <https://puc.overheid.nl/nza>.

Uit de nota moeten wij duidelijk kunnen opmaken welk bedrag wij moeten betalen. Als je de nota zelf hebt ontvangen van de zorgaanbieder, ben je verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgaanbieder.

Je kan je recht op vergoeding alleen overdragen aan een niet-gecontracteerde zorgaanbieder als jij of deze zorgaanbieder gebruikt maakt van een akte van cessie die voldoet aan onze regels die te vinden zijn op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten. Dit geldt niet voor:

- audiologische zorg (artikel 18.1);
- dialyse (artikel 18.3);
- erfelijkheidsonderzoek en -advisering (artikel 18.6);
- farmaceutische zorg (artikel 18.8);
- hulpmiddelenzorg (artikel 18.14);
- mechanische beademing (artikel 18.17);
- medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg) (artikel 18.18);
- orgaantransplantaties (artikel 18.21);
- revalidatie (artikel 18.24);
- trombosedienst (artikel 18.26);
- verpleging en verzorging (artikel 18.28).

Voor de zorg genoemd in bovengenoemde artikelen geldt een cessieverbod.

Een cessieverbod houdt in dat de zorgaanbieder geen nota namens jou bij ons mag indienen. Je betaalt zelf de nota aan de zorgaanbieder en dient de nota vervolgens bij ons in.

Spoedeisende zorg (ook in het buitenland)

Gaat het om spoedeisende zorg dan handelen wij alsof je toestemming van ons hebt gekregen voor de zorg. Je moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze zorg. Bij spoedeisende zorg in het buitenland doe je dat via SOS International. Het telefoonnummer is +31 (0)30 257 35 75. Bij spoedeisende zorg is geen verwijzing vereist.

Cruciale zorg gegarandeerd

Door financiële afspraken die wij maken met zorginstellingen kan het voorkomen dat sommige zorginstellingen tijdens het jaar hun omzetplafond bereiken. In die gevallen is de cruciale zorg voor je gegarandeerd. Dit wil zeggen ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde en crisiszorg GGZ. Voor zorg waar je reeds bij de zorginstelling voor in behandeling bent, is het afhankelijk van de afspraken die wij met de zorginstelling hebben gemaakt.

Als de zorgaanbieder langere wachttijden heeft dan landelijk is afgesproken, kun je contact met ons opnemen. Wij kunnen je helpen met wachtlijstbemiddeling. Verwijzing vindt altijd plaats naar een andere zorgaanbieder.

Zorgbemiddeling

Als de zorgaanbieder langere wachttijden heeft dan landelijk is afgesproken, kun je contact met ons opnemen. Wij kunnen je helpen met wachtlijstbemiddeling. Verwijzing vindt altijd plaats naar een andere zorgaanbieder.

Te veel betaald

Het komt soms voor dat wij aan jou of de zorgverlener of zorgaanbieder meer betalen dan waarop je volgens de verzekeringsovereenkomst recht hebt. Jij (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via automatische incasso. Doordat je deze verzekering met ons bent aangegaan heb jij (verzekeringnemer) ons hiervoor een machtiging verleend.

Machtigingenbeleid

Voor een aantal vergoedingen geldt er een machtigingenbeleid. Dat betekent dat je (of je zorgaanbieder namens jou) voorafgaand aan de behandeling een aanvraag bij ons in moet dienen om toestemming te krijgen. Als wij de gevraagde toestemming verlenen, krijg je hiervoor een schriftelijke machtiging.

Hiervan is sprake bij:

- eerstelijnsverblijf na drie maanden opname (artikel 18.5);
- bepaalde geneesmiddelen (artikel 18.8);
- niet-gecontracteerde GGZ-behandeling door een GGZ-instelling (artikel 18.12);
- niet-gecontracteerde GGZ-diagnostiek door een GGZ-instelling van meer dan 300 minuten (artikel 18.12);
- aaneengesloten verblijf van meer dan 365 dagen in een klinische GGZ-instelling (artikel 18.12);
- niet-gecontracteerde hulpmiddelen (artikel 18.14) en bij bepaalde gecontracteerde hulpmiddelen (Reglement Hulpmiddelen Vrije Keuze);
- behandeling van plastisch chirurgische aard (artikel 18.18);
- bepaalde kaakchirurgische behandelingen (artikel 18.19 en 18.20) zie hiervoor de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie;
- kaakoverzichtsfoto's (code X21) bij verzekerden tot 18 jaar (artikel 18.19);
- implantaten ter bevestiging van een klikgebit, kunst- of klikgebitten die eerder dan vijf jaar worden vervangen en bijzondere tandheelkunde (artikel 18.19 en 18.20);
- niet-gecontracteerde ZBC's bij revalidatie (artikel 18.24);
- niet-gecontracteerde verpleging en verzorging (artikel 18.28);
- persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb) (artikel 18.28) zie hiervoor het Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze 2024.

In de machtiging vermelden wij de periode waarin deze geldig is. Als in de machtiging een periode is vermeld die de looptijd van de verzekering overschrijdt, dan neemt je nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over.

Meer informatie over de achtergrond van dit beleid en de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Vergoeding DBC-zorgproduct

Voor de vergoeding van zorg waarbij sprake is van een DBC-zorgproduct, wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Dat betekent dat de kosten over de DBC geopend in 2023 worden vergoed door de 'oude' verzekeraar, als je in 2024 bent overgestapt.

Voorbeeld:

Als je in 2023 voor het eerst met de specialist contact hebt gehad, de specialist een DBC-zorgproduct opent en de behandeling of operatie wordt uitgevoerd of voortduurt in 2024. Dan gelden de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2023. Als de specialist een nieuwe vervolg DBC-zorgproduct opent in 2024, gelden voor het vervolg-zorgproduct de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2024.

Buitenland

Voor zorgkosten die je in het buitenland maakt gelden andere vergoedingsregels. Die kun je vinden in artikel 18.2 Buitenland.

4. Premie

Je bent als verzekeringnemer of contractant premie verschuldigd voor je basisverzekering. Ook in het geval van betaling van de premie door een derde in het kader van een collectiviteit, blijft de verzekeringnemer te allen tijde premieplichtig. Bij niet betaling door de derde kan de premie dan ook per ommegaande van de verzekeringnemer worden gevorderd.

Voor een verzekerde die 18 jaar wordt, betaal je pas premie vanaf de 1e van de maand na zijn of haar verjaardag.

De premie berekenen wij door de premiegrondslag te verminderen met een eventuele korting voor een vrijwillig gekozen eigen risico.

5. Verplicht eigen risico

Hoogte verplicht eigen risico

Als je 18 jaar of ouder bent, heb je een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor je eigen rekening.

Voor de GGZ geldt vanaf 2022 het volgende: het eigen risico wordt maandelijks berekend en in rekening gebracht. Indien je behandeling is gestart in 2022 en doorloopt in 2023, kun je te maken krijgen met een eigen risico factuur over 2022 en 2023.

Wanneer is het verplicht eigen risico van toepassing

Het verplicht eigen risico is van toepassing op alle zorgvormen in deze polisvoorwaarden behalve voor:

- de kosten van huisartsenzorg. Geneesmiddelen voorgeschreven door de huisarts en laboratoriumonderzoek dat samenhangt met huisartsenzorg vallen wel onder je eigen risico;
- de kosten van gecombineerde leefstijlinterventie;
- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van verpleging en verzorging;
- de kosten van voetzorg bij diabetes;
- de kosten van nacontroles van de donor;
- de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- medische kosten van een levende donor die verband houden met de donatie en die optreden na 13 weken na de donatie;
- de kosten van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomanagement en COPD;
- medicatiebeoordeling bij chronisch UR (uitsluitend recept) geneesmiddel(en)gebruik;
- hulpmiddelen in bruikleen of huur op basis van bruikleen;
- eigen bijdragen (behalve voor geneesmiddelen) of eigen betalingen. De eigen bijdrage en eigen betaling worden niet verrekend met het eigen risico;
- stoppen-met-rokenbegeleiding en nicotine vervangende middelen en geneesmiddelen als onderdeel van stoppen-met-rokenbegeleiding;
- de kosten van geneesmiddelen die door ons als preferent zijn aangewezen. De kosten van de zorg die de apotheek verleent (zoals kosten van de aflevering of een begeleidingsgesprek) vallen wel onder het verplichte eigen risico.

Alleen de kosten die wij op deze basisverzekering vergoeden tellen mee voor het volmaken van het verplicht eigen risico. Bedragen die voor je eigen rekening komen (zoals bijvoorbeeld de eigen bijdrage) tellen dus niet mee.

Wij verrekenen zorgkosten eerst met je verplicht eigen risico en daarna met je eventueel vrijwillig gekozen eigen risico. Als wij je zorgkosten rechtstreeks aan een zorgverlener of zorgaanbieder vergoeden brengen wij het te betalen bedrag aan eigen risico apart bij je in rekening.

Berekening verplicht eigen risico bij tussentijdse wijziging

Als de basisverzekering niet start of eindigt op 1 januari, berekenen wij het verplicht eigen risico als volgt:

$$\text{Verplicht eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de basisverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

DBC-zorgproduct (Diagnose Behandel Combinatie-zorgproduct)

Voor de berekening van het verplicht eigen risico wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Dat betekent dat het eigen risico over 2023 in rekening wordt gebracht door de 'oude' verzekeraar, als je in 2024 bent overgestapt.

Voorbeeld:

Als je in 2023 voor het eerst met de specialist contact hebt gehad, de specialist een DBC-zorgproduct opent en de behandeling of operatie wordt uitgevoerd of voortduurt in 2024. Dan gelden de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2023. Als de specialist een nieuwe vervolg DBC-zorgproduct opent in 2024, gelden voor het vervolg-zorgproduct de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2024.

6. Vrijwillig gekozen eigen risico

Hoogte vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig gekozen eigen risico is standaard € 0,-.

Als je achttien jaar of ouder bent kun je eventueel kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Je krijgt hiervoor een korting op je premie. Deze korting vermelden wij op je polisblad. Voor de GGZ geldt het volgende: het eigen risico wordt maandelijks berekend en in rekening gebracht.

Wanneer is het vrijwillig eigen risico van toepassing

Het vrijwillig gekozen eigen risico is van toepassing op alle zorgvormen in deze polisvoorwaarden behalve voor:

- de kosten van huisartsenzorg. Geneesmiddelen voorgeschreven door de huisarts en laboratoriumonderzoek dat samenhangt met huisartsenzorg vallen wel onder je eigen risico;
- de kosten van gecombineerde leefstijlinterventie;
- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van verpleging en verzorging;
- de kosten van voetzorg bij diabetes;
- de kosten van nacontroles van de donor;
- de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- medische kosten van een levende donor die verband houden met de donatie en die optreden na 13 weken na de donatie;
- de kosten van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomanagement en COPD;
- medicatiebeoordeling bij chronisch UR (uitsluitend recept) geneesmiddel(en)gebruik;
- hulpmiddelen in bruikleen of huur op basis van bruikleen;
- eigen bijdragen (behalve voor geneesmiddelen) of eigen betalingen;
- stoppen-met-rokenbegeleiding en nicotine vervangende middelen en geneesmiddelen als onderdeel van stoppen-met-rokenbegeleiding;
- de kosten van geneesmiddelen die door ons als preferent zijn aangewezen. De kosten van de zorg die de apotheek verleent (zoals kosten van de aflevering of een begeleidingsgesprek) vallen wel onder het vrijwillig gekozen eigen risico.

Wij verrekenen zorgkosten eerst met je verplicht eigen risico en daarna met je eventueel vrijwillig gekozen eigen risico. Als wij je zorgkosten rechtstreeks aan een zorgverlener of zorgaanbieder vergoeden brengen wij het verschuldigde bedrag aan eigen risico apart bij je in rekening.

Berekening vrijwillig eigen risico bij tussentijdse wijziging

Als de basisverzekering niet start of eindigt op 1 januari, berekenen wij het vrijwillige eigen risico als volgt:

$$\text{Vrijwillig eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de basisverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Als de basisverzekering niet op 1 januari ingaat en je direct voorafgaand hieraan al een basisverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillig eigen risico als volgt berekend:

- het bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is voor de eerste periode en voor de periode nadat het vrijwillig eigen risico is gewijzigd;
- deze bedragen tellen we bij elkaar op en delen we door het aantal dagen in het kalenderjaar;
- de uitkomst ronden we af op hele euro's.

DBC-zorgproduct (Diagnose Behandel Combinatie-zorgproduct)

Voor de berekening van het vrijwillige eigen risico wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Dat betekent dat het eigen risico over 2023 in rekening wordt gebracht door de 'oude' verzekeraar, als je in 2024 bent overgestapt.

Voorbeeld:

Als je in 2023 voor het eerst met de specialist contact hebt gehad, de specialist een DBC-zorgproduct opent en de behandeling of operatie wordt uitgevoerd of voortduurt in 2024. Dan gelden de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2023. Als de specialist een nieuwe vervolg DBC-zorgproduct opent in 2024, gelden voor het vervolg-zorgproduct de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2024.

7. Privacy

Registratie van de persoonsgegevens

Als je een verzekering of financiële dienst bij ons aanvraagt, vragen wij je om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij:

- om overeenkomsten met je aan te gaan en uit te voeren;
- om je te informeren over relevante producten en deze bij je aan te bieden;
- om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- voor statistische analyses;
- voor relatiebeheer;
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

De bescherming van je persoonsgegevens en in het bijzonder je medische gegevens vinden wij heel belangrijk. We gaan hier dan ook uiterst zorgvuldig mee om. Als wij je persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de strenge wettelijke regels en de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'.

Meer informatie hierover kun je vinden in de privacyverklaring op www.asrnederland.nl/privacyverklaring.

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij je gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS.

Meer informatie kun je vinden op www.stichtingcis.nl.

Burgerservicenummer

Wij zijn wettelijk verplicht je Burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Je zorgverlener of zorgaanbieder is wettelijk verplicht je BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Ook wij gebruiken je BSN, als wij communiceren met deze partijen.

Kennisgeving

Als wij je een bericht sturen naar je laatst bekende adres, of naar het adres van degene door wiens bemiddeling de verzekering loopt, dan mogen wij ervan uit gaan dat dit bericht je heeft bereikt.

8. Verplichtingen

Als verzekerde of verzekeringnemer ben je verplicht:

- je te legitimeren met een rijbewijs, paspoort of Nederlandse identiteitskaart bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek;
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname aan onze medisch adviseur te laten weten, als deze hierom vraagt;
- ons alle medewerking te verlenen bij het verkrijgen van informatie die wij nodig hebben, met inachtneming van privacy wet- en regelgeving;
- ons binnen 30 dagen te melden dat je gedetineerd bent. De beëindiging van je detentie dien je ook binnen 30 dagen aan ons te melden;
- originele nota's binnen drie jaren gerekend vanaf de datum van behandeling bij ons in te dienen. Uit de nota's moeten wij op kunnen maken of je recht hebt op vergoeding en tot welk bedrag. Computernota's dienen door de zorgaanbieder gewaarmerkt te zijn. Een betalingsoverzicht, offerte, orderbevestiging, bewijs van aanbetaling of voorschotnota geldt niet als nota.

Als je onze belangen schaadt door het niet nakomen van de verplichtingen vervalt je recht op vergoeding en kunnen wij de kosten bij je terugvorderen.

9. Regres

Als verzekeringnemer of verzekerde ben je verplicht:

- ons inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- contact met ons op te nemen voordat je met een derde, of degene die voor of namens de derde optreedt – daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde – een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade.

Je mag nooit zonder onze schriftelijke toestemming met een derde of degene die voor of namens die derde optreedt, een regeling treffen. Hieronder verstaan we ook het verlenen van kwijting (een verklaring afgeven dat de schuld is afgelost), waardoor wij in onze rechten worden benadeeld.

Als je hieraan geheel of gedeeltelijk niet voldoet ben je verplicht de door ons geleden schade te vergoeden.

Als je het verplicht of vrijwillig gekozen eigen risico moet betalen voor medische hulp ten gevolge van een ongeval waarvoor een ander schuldig is, dien je dit zelf bij die tegenpartij te verhalen.

10. Fraude

Verplichting tot medewerking

Wij mogen inhoudelijke controles en fraudeonderzoeken uitvoeren als het gaat over de aanvraag van je verzekering, je gegevens in onze administratie en je declaraties. Dit doen wij op grond van de Zorgverzekeringswet en het Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen. De Regeling zorgverzekering verplicht zorgverzekeraars materiële controle en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in deze regeling gestelde eisen. Je bent verplicht je medewerking hieraan te verlenen. Verleen je geen medewerking, dan zijn wij ook niet in staat om je verhaal te horen en zijn wij genoodzaakt eenzijdige conclusies te trekken.

Persoonsgegevens

Voor het doen van fraudeonderzoek registreren wij je persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens en wordt beheerd door team Veiligheidszaken Zorg.

Zorgverzekeraars werken actief samen op het gebied van fraudebeheersing

De Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wet Marktordening Gezondheidszorg geven Zorgverzekeraars de bevoegdheid om onderling informatie te delen als het gaat om controle en fraudebeheersing. Daarnaast wisselen wij ook signalen uit met ketenpartners om fraude te bestrijden, zoals de NZa, iSZW en de FIOD, met inachtneming van artikel 06.01 Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Deze informatiedeling kan rechtstreeks plaatsvinden of via Zorgverzekeraars Nederland. De AVG geeft aan op welke wijze persoonsgegevens mogen worden verwerkt.

Vervallen recht op vergoeding

Gedurende het lopende onderzoek worden declaraties niet vergoed. Als fraude na onderzoek is bewezen, geheel of gedeeltelijk, dan vervalt je recht op vergoeding van de kosten voor zorg. Dit betekent dat wij de betreffende declaratie(s) afwijzen en niet uitkeren, dan wel de uitgekeerde vergoeding(en) terugvorderen. Bij gedeeltelijke fraude vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, ook over dat deel waarover niet gefraudeerd is. Tevens zullen wij onderzoeks-kosten in rekening brengen op grond van artikel 6:96 van het Burgerlijk Wetboek.

Maatregelen

Als jij en medeplichtige(n) of medepleger(s) zich tegenover ons schuldig maken aan fraude, dan hebben wij het recht om:

- een officiële waarschuwing te geven;
- een interne signalering te plaatsen;
- je (zorg)verzekering per direct te beëindigen. Dit houdt in:
 - gedurende een periode van 5 jaar een nieuwe Basisverzekering te weigeren. Voor andere zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht op de Basisverzekering jegens jou;
 - gedurende een periode van 8 jaar de afsluiting van (aanvullende) verzekeringen te weigeren bij de verzekeraars van a.s.r.
- je contractsrelatie stop te zetten en alle lopende verzekeringen bij de merken van a.s.r. en haar volmachten op te zeggen;
- je persoonsgegevens te registreren in het Externe Verwijzingsregister van de stichting CIS;
- je persoonsgegevens te registreren bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- een strafrechtelijke vervolging in gang te zetten door het doen van aangifte bij de politie of een andere opsporingsinstantie;
- (zorg)kosten gemoeid met fraude terug te vorderen.

11. Onrechtmatige inschrijving

Als blijkt dat je geen verzekeringsplicht had, vervalt de basisverzekering met terugwerkende kracht tot het moment waarop de verzekeringsplicht is vervallen.

Als wij een basisverzekering voor je opmaken op grond van Regeling onverzekerden van het CAK en later blijkt dat je bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was, dan vervalt onze basisverzekering met terugwerkende kracht.

Je moet dan aan ons en het CAK aantonen dat je bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was. Je hebt hiervoor twee weken de tijd, vanaf het moment dat het CAK je hiervan op de hoogte heeft gebracht. Het CAK voert in opdracht van de overheid regelingen uit.

12. Premiebetaling en betalingsachterstand

Premiebetaling

Je bent verplicht de premie en de bijdragen uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, vooraf aan ons te betalen. Wij hebben met je afgesproken of je dat per maand of jaar doet. Je kunt uitsluitend per automatische incasso betalen. Wij schrijven bij maandbetaling het te betalen bedrag maandelijks rond dezelfde datum af van je rekening. Als de polis is opgemaakt met een ingangsdatum in het verleden, dan wordt de openstaande premie in één keer geïncasseerd. Dit gebeurt binnen 30 dagen. De hoogte van de premie vind je op het polisblad dat je van ons ontvangt.

Als je verzekering in de loop van een maand wijzigt, (her)berekenen wij je premie. Als je teveel hebt betaald, dan betalen wij het verschil aan je terug. Heb je te weinig betaald, dan brengen wij het verschil bij je in rekening. Als je een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van a.s.r., bepalen wij op welk openstaand bedrag de betaling wordt afgeboekt.

Het is niet toegestaan om verschuldigde bedragen te verrekenen met een bedrag dat je nog van ons tegoed hebt.

Heb je gekozen voor betaling van de premie per jaar en hebben wij je betaling niet binnen de gestelde betalingstermijn van 30 dagen ontvangen? Dan zetten wij je polis om in maandbetaling. Je hebt dan geen recht meer op betalingskorting.

Als een verzekerde overlijdt, verrekenen wij de premie met ingang van de dag na het overlijden.

Aanmaning

Als je (verzekeringnemer) de premie, wettelijke eigen bijdragen en overige kosten niet op tijd aan ons betaalt, zullen wij je een schriftelijke aanmaning sturen. Wij vragen je hierin, binnen 14 dagen na de datum van de aanmaning, te betalen.

Betalingsachterstand van de premie

Als je een betalingsachterstand hebt van twee maandpremies, dan bieden wij je een betalingsregeling aan voor de premie. Bij een betalingsachterstand van vier maandpremies, berichten wij je dat wij bij een betalingsachterstand van zes maandpremies het Centraal Administratie Kantoor (CAK) inschakelen voor het heffen van een bestuursrechtelijke premie. Bij een betalingsachterstand van zes of meer maandpremies, melden wij dit aan het CAK en aan jou als verzekeringnemer. Vanaf dat moment int het CAK de bestuursrechtelijke premie bij jou als verzekeringnemer. Je betaalt geen nominale premies meer aan ons. De wettelijke regeling betreffende 'De gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie' (artikelen 18a tot en met 18g Zorgverzekeringswet) is dan van toepassing.

Het is ons toegestaan om het achterstallige bedrag te verrekenen met bedragen die wij nog aan je verschuldigd zijn. Deze verrekening geldt ook voor achterstallig eigen risico en eigen bijdrage. Heb je gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar dan vervalt deze keuze per eerstkomende 1 januari.

Opschorting bij detentie

Als je gedetineerd bent, moet je dat binnen 30 dagen bij ons melden. Tijdens je detentie schorten wij je polis op en betaal je hiervoor geen premie. De beëindiging van je detentie moet je ook binnen 30 dagen bij ons melden. Wij herstellen dan je polis vanaf het moment van ontslag uit detentie.

13. Declaraties en schorsing

Rechtstreeks betaalde declaraties

Wij hebben het recht om declaraties van zorgaanbieders, die bij ons zijn ingediend door een zorgaanbieder, rechtstreeks te betalen aan die zorgaanbieder. Je hebt recht op een overzicht van de betaalde bedragen. Wij zullen niet rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, indien de zorgaanbieder onder een wettelijke sanctieregeling valt.

Verschuldigde bedragen

Wij betalen een bij ons ingediende declaratie volledig aan de zorgaanbieder, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking. Bijvoorbeeld door een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. Je moet dan het eigen risico of vergoeding(en) die boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen aan ons terugbetalen.

Vordering in het algemeen

Van de door jou terug te betalen bedragen krijg je van ons bericht. Je moet deze bedragen binnen de in het bericht genoemde termijn aan ons betalen. Het is niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een bedrag dat je nog van ons tegoed hebt.

Schorsing

Als je de vordering niet binnen de genoemde termijn betaalt, volgt een aanmaning. Als je het bedrag niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, schorsen wij je polis. Wij betalen dan geen zorg die heeft plaatsgevonden na de in de aanmaning genoemde termijn. Je moet het verschuldigde bedrag alsnog aan ons betalen. De dekking gaat weer in op de dag nadat wij je volledige betaling hebben ontvangen en geaccepteerd.

14. Kennisgeving relevante gebeurtenissen

Veranderingen in je persoonlijke situatie

Als verzekeringnemer of contractant bent je verplicht om binnen 30 dagen gegevens die voor de juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals einde van de verzekeringsplicht, wijziging rekeningnummer/IBAN, langdurig verblijf in het buitenland, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. aan ons door te geven. Indien de wijziging niet binnen 30 dagen na het intreden van de gebeurtenis is ontvangen, wordt de verzekering met ingang van de datum van 7 dagen na de ontvangstdatum gewijzigd. Een wijziging met terugwerkende kracht is dan niet mogelijk.

Vanaf 18 jaar

Als je (verzekerde) 18 jaar wordt vragen wij je ten minste twee weken voor je verjaardag welk vrijwillig gekozen eigen risico je kiest. Je kunt je keuze schriftelijk doorgeven of via Mijn Zorg Ik kies zelf van a.s.r. Als wij voor je verjaardag niets van je vernemen, ontvang je van ons een polis zonder vrijwillig eigen risico. De polis gaat in op de 1e van de maand na je verjaardag.

Vergoeding van zorg via gemeente

Het kan voorkomen dat er overlap zit in de zorg die je vergoed krijgt van de gemeente op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en van ons op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Als je zorg hierdoor dubbel wordt vergoed, ben je verplicht hierover contact met ons op te nemen.

15. Herziening van premie of voorwaarden

Jaarlijkse wijziging

Wij hebben het recht je premie en/of voorwaarden jaarlijks, per 1 januari, aan te passen.

Wat als wij de premie en/of voorwaarden tussentijds wijzigen?

Het is in ieders belang dat wij onze financiële verplichtingen in de toekomst ook kunnen (blijven) nakomen. Daarom mogen wij in bijzondere gevallen ook tussentijds je premie en/of voorwaarden veranderen, als die verandering niet kan wachten tot de jaarlijkse verlengingsdatum. Bijvoorbeeld omdat wetgeving ons daartoe verplicht. Onder bijzondere gevallen verstaan wij ook: de dreiging of het bestaan van oorzaken, die een daling van de solvabiliteit tot onder het wettelijk voorgeschreven minimum tot gevolg kunnen hebben wanneer we geen verandering doorvoeren. Negatieve ontwikkelingen op de rente- en beleggingsmarkt of een voor ons tegenvallend bedrijfsresultaat zijn geen bijzondere gevallen.

Je ontvangt hierover een bericht

Een wijziging in de grondslag van de premie treedt pas in werking zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld. Voordat we iets veranderen, ontvang je van ons een bericht met informatie over de wijziging. Een klacht over de toepassing van de wijziging doorloopt de gebruikelijke klachtenprocedure (zie artikel 17).

16. Begin en einde van de verzekering

Begin van je basisverzekering

De basisverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld.

Bij een overstap aan het einde van het jaar of voor 1 februari van het volgende jaar (als je oude verzekering al is opgezegd) van je oude zorgverzekeraar naar ons, is de begindatum 1 januari van het nieuwe jaar.

In andere gevallen verzekeren wij je met terugwerkende kracht:

- als je een basisverzekering bij ons aanvraagt binnen vier maanden nadat een verzekeringsplicht is ontstaan (bijvoorbeeld bij de geboorte van een kind of voor mensen uit het buitenland). De ingangsdatum is dan de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.
- als je een basisverzekering bij ons aanvraagt binnen één maand nadat je de basisverzekering bij een andere verzekeraar hebt beëindigd. De ingangsdatum is dan de eerste dag nadat je oude basisverzekering is geëindigd.

Vraag je een basisverzekering aan in andere dan bovengenoemde situaties, dan gaat de basisverzekering in op de datum waarop wij van jou als verzekeringnemer de volledig ingevulde aanvraag hebben ontvangen. De ingangsdatum vermelden wij op je polisblad. Als je op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en je in je verzoek hebt aangegeven de basisverzekering op een latere datum te willen laten ingaan, gaat de basisverzekering op die latere datum in.

Herroepingsrecht

Je (verzekeringnemer) hebt een periode van 14 dagen na het indienen van een verzoek tot het sluiten van een basisverzekering om deze ongedaan te maken op basis van het herroepingsrecht.

Beëindiging van je basisverzekering door opzegging

Overstappen aan het einde van het jaar

Als verzekeringnemer kun je de basisverzekering tot en met 31 december van het jaar met ingang van 1 januari van het volgende jaar opzeggen. Als je de basisverzekering niet opzegt, verlengen wij je basisverzekering stilzwijgend steeds met één jaar.

Opzeggen kun je (verzekeringnemer) op de volgende manieren:

- je zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op;
- je maakt voor 31 december gebruik van de overstapservice.

Als je uiterlijk op 31 december een nieuwe basisverzekering bij ons sluit voor het volgende jaar, zeggen wij je basisverzekering bij de andere zorgverzekeraar op.

Als je onverhoopt bij twee verzekeraars verzekerd blijkt te zijn, dan regelen de zorgverzekeraars onderling dat je slechts bij één zorgverzekeraar verzekerd blijft.

Tussentijds opzeggen

Opzeggen gedurende het kalenderjaar is alleen mogelijk in de volgende gevallen:

- je (verzekeringnemer) hebt iemand anders dan jezelf verzekerd en die ander wordt via een andere basisverzekering verzekerd. Wij moeten daarbij wel een bewijs van inschrijving van de nieuwe verzekering van je ontvangen. Als wij de opzegging ontvangen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering, dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop je (verzekeringnemer) hebt opgezegd;
- bij wijziging van de premiegrondslag of polisvoorwaarden in je nadeel. De basisverzekering eindigt dan op dag waarop de wijziging in de premie of voorwaarden ingaat. Je hebt 30 dagen de tijd voor je schriftelijke opzegging nadat wij je over de wijziging hebben geïnformeerd. Bij een wijziging van de voorwaarden of premie als gevolg van een wettelijke bepaling geldt deze opzeggingsgrond niet;
- je onlangs 18 jaar bent geworden en wil overstappen naar een andere verzekeraar;
- je een bericht hebt ontvangen van de NZa dat wij niet hebben voldaan aan artikel 15.f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. Je opzegging moet in dat geval binnen 6 weken na het bericht van de NZa door ons zijn ontvangen.

Deze opzegmogelijkheden gelden niet:

- tijdens de periode dat je (verzekeringnemer) de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet binnen de gestelde termijnen hebt betaald (zie artikel 12), tenzij wij je opzegging binnen 2 weken bevestigen;
- tijdens de eerste 12 maanden van de verzekeringsovereenkomst, als je bent verzekerd via de Regeling onverzekerden van het CAK.

Beëindiging van je basisverzekering van rechtswege

Wij beëindigen je basisverzekering met ingang van de dag volgende op de dag:

- waarop wij geen basisverzekering meer mogen aanbieden doordat onze vergunning hiervoor is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen je in dat geval uiterlijk 2 maanden van tevoren bericht;
- bij overlijden. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gesteld;
- dat de verzekeringsplicht eindigt wanneer iemand niet meer is verzekerd voor de Wlz of als je als militair in werkelijke dienst gaat. Je moet ons dit zo snel mogelijk laten weten.

In bovenstaande gevallen stellen wij je zo snel mogelijk op de hoogte per welke datum wij de basisverzekering beëindigen en met welke reden.

Beëindiging verzekering bij uit de markt nemen of niet langer aanbieden

Wij hebben het recht de verzekering eenzijdig te beëindigen als wij de betrokken verzekering uit de markt nemen of niet langer aanbieden.

17. Heroverweging en klacht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Verzoek om heroverweging

Ben je het niet eens met onze beslissing? Dan kun je ons vragen om deze beslissing te heroverwegen. Dit kan door je verzoek tot heroverweging te uploaden naar www.asr.nl/service/zorgverzekering-upload. Ook kun je een brief sturen aan a.s.r., t.a.v. de afdeling Zorg Medisch, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht. Wil je in je verzoek duidelijk aangeven waarom je het niet eens bent met de beslissing? Stuur extra documenten en/of argumenten die dit kunnen onderbouwen mee met dit verzoek. Vermeld er in alle gevallen duidelijk bij dat het om een heroverweging gaat.

Voor vragen kun je met ons bellen op (030) 699 79 30.

SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op je verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven en ben je het daar niet mee eens? Dan kun je naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze bemiddelt bij het oplossen van het probleem. Lukt dat niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen. Je kunt met je verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

Klacht

Heb je een klacht? Gebruik dan het klachtenformulier op Mijn Zorg Ik kies zelf van a.s.r. Je kunt ook met ons bellen op (030) 699 79 30 of een brief sturen naar a.s.r. Klachtenservice, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht.

Vind je dat je klacht niet goed is afgehandeld? Leg je klacht dan voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Je kunt met je klacht ook naar de bevoegde rechter.

Klachten over standaardformulieren

Als je onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vindt, kun je daarover een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa kan hierover een bindende uitspraak doen.

18. Geneeskundige zorg

18.1 Audiologische zorg

Audiologische zorg is het voorkomen, onderzoeken en behandelen van stoornissen aan het gehoor. Het is een vorm van medisch specialistische zorg.

Wij vergoeden zorg verleend door een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- onderzoek doet naar je gehoorfunctie;
- je adviseert over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- je voorlichting geeft over het gebruik van de gehoorapparatuur;
- psychosociale zorg verleent als dat voor je gehoorprobleem noodzakelijk is;
- je helpt bij het stellen van een diagnose bij een spraak- en taalstoornis bij je kind.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

18.2 Buitenland

Aanleveren van een nota en medisch verslag

Voor de juiste hoogte van een vergoeding ontvangen wij een medisch verslag of een ontslagbrief van de behandelend arts waaruit blijkt welke zorg geleverd is. De ontslagbrief en de nota dienen te worden aangeleverd in een van de volgende talen: Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als de ontslagbrief en nota niet in een van deze talen wordt aangeleverd ben je zelf verantwoordelijk voor een vertaling middels een beëdigd vertaalbureau. Indien en zolang de brief en nota niet is gesteld in een van deze talen of niet is voorzien van een vertaling door een beëdigd vertaler, wordt de nota niet in behandeling genomen. Na drie jaar vervalt het recht op vergoeding.

Spoedeisende zorg

Bij spoedeisende zorg in het buitenland dien je direct contact op te nemen of te laten nemen met SOS International. De arts van SOS International treedt in een dergelijke situatie op namens onze medisch adviseur. Wij vergoeden maximaal 100% van het gemiddelde gecontracteerde tarief.

SOS International kun je bereiken op +31 (0)30 257 35 75 (staat ook op je zorgpas) of via www.sosinternational.nl/nl-NL/smartmelden

Bij spoedeisende zorg in het buitenland heb je geen recht op vergoeding van een éénpersoonskamer.

Niet-spoedeisende zorg vooraf aanvragen

Alleen in specifieke gevallen wordt niet-spoedeisende zorg in het buitenland (gedeeltelijk) vergoed. Je hebt bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland vooraf onze toestemming nodig. Je verneemt dan van tevoren of en tot welk bedrag een vergoeding mogelijk is. Wij vergoeden tot het door ons bepaalde maximale tarief.

Bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland heb je geen recht op vergoeding van een éénpersoonskamer.

Je woont in Nederland en gebruikt zorg buiten Nederland

Wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. Wij vergoeden tot het door ons bepaalde maximale tarief.

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen.

Je woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland

Je hebt dan de keuze:

- wij vergoeden je zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

Je woont in een ander EU/EER-land of verdragsland en verblijft tijdelijk in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

Je hebt dan de keuze:

- wij vergoeden je zorg volgens de wettelijke regeling van dat land waar je de zorg krijgt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

Je woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is

Wij vergoeden je zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer je in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op je zorgpas staat de EHIC. Als je op vakantie gaat naar een EU/EER-land of Zwitserland, dan heb je hiermee recht op noodzakelijke medisch zorg in het vakantieland. Je kunt de EHIC gebruiken in Australië voor noodzakelijke medische zorg. Je mag deze EHIC alleen gebruiken als je bij ons verzekerd bent. Als je deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl je weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor je eigen rekening.

Betaling

Je declaratie betalen wij uit in euro's. Wij gebruiken daarbij de omrekenkoers die geldt op het moment dat wij je declaratie in behandeling nemen. Wij maken gebruik van de koers volgens www.oanda.com. Wij betalen uit aan de verzekeringnemer op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

Meer informatie over het gebruik van je EHIC kaart kun je vinden op www.hetCAK.nl/regelingen/buitenland.

18.3 Dialyse

Er zijn 2 soorten dialyse. Peritoneaaldialyse en haemodialyse. Bij peritoneaaldialyse wordt je buikholte gespoeld met een vloeistof om je bloed te zuiveren. Haemodialyse is een therapie waarbij de nierfunctie wordt overgenomen door filters, de kunstnieren. Dialyse kan plaatsvinden in een instelling of thuis.

Wij vergoeden in een dialysecentrum:

- dialyse zonder opname;
- medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is en die bestaat uit:
 - onderzoek, behandeling en verpleging die met de dialyse gepaard gaat;
 - geneesmiddelen die nodig zijn voor de behandeling;
 - psychosociale begeleiding voor jou en voor degenen die bij het uitvoeren van de dialyse helpen.

Als de dialyse bij je thuis plaatsvindt, heb je recht op vergoeding van:

- een opleiding door het dialysecentrum voor degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- bruikleen, regelmatige controle en onderhoud (vervanging inbegrepen) van de dialyseapparatuur met toebehoren;
- chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn om de dialyse uit te voeren;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse (zoals een dialysetoel);
- de redelijke te verrichten aanpassingen in en aan je woning en voor het herstellen van je woning in de oorspronkelijke staat, als daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- overige redelijke kosten (zoals elektriciteit en water) die rechtstreeks met de thuisdialyse te maken hebben, als daarvoor in andere wettelijke regelingen niets is geregeld;
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voor de eventuele aanpassingen aan je woning en herstellen van je woning in de oorspronkelijke staat heb je vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

18.4 Diëtetiek

Diëtetiek betreft voorlichting over eetgewoonten en voeding met een geneeskundig doel. De diëtist geeft advies over je eetpatroon om je lichamelijke gezondheid te bevorderen.

Vergoeding

Wij vergoeden maximaal 3 behandelingen diëtetiek per kalenderjaar. Het gaat om zorg zoals diëtisten die plegen te bieden. De zorg moet een geneeskundig doel hebben.

Wanneer je naar een niet gecontracteerde diëtist gaat heb je een verklaring van een huisarts, tandarts, consultatiebureauarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist nodig waaruit blijkt voor welke indicatie je bij de diëtist onder behandeling bent.

Diëtetiek in het kader van gzsp

Indien je zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 18.11.

18.5 Eerstelijns verblijf (ELV)

Het kan voorkomen dat je door de zorg die je nodig hebt tijdelijk niet thuis kan wonen. Je kunt dan, na overleg met je huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of SEH-arts tijdelijk terecht in een instelling voor eerstelijnsverblijf. Het doel van dit verblijf is dat je voldoende herstelt om terug te keren naar de thuissituatie, of het verblijf dient ter overbrugging tot de zorg thuis geleverd kan worden. Ook in je laatste levensfase kun je terecht voor zorg in een instelling voor eerstelijnsverblijf.

Eerstelijnsverblijf is gericht op herstel en terugkeer naar je thuissituatie of heeft betrekking op palliatief terminale zorg, als de levensverwachting gemiddeld drie maanden of korter is. Tijdens het eerstelijnsverblijf kan blijken dat het niet verantwoord is om terug te keren naar huis, het is raadzaam dan een Wlz-indicatie aan te vragen, omdat de zorg thuis niet geborgd kan worden. De zorg die je in het eerstelijnsverblijf ontvangt is medisch noodzakelijk in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Tijdens eerstelijnsverblijf is 24-uurs toezicht of zorg in je nabijheid aanwezig. Dit gaat gepaard met verpleging, verzorging (conform Art. 2.12 Bzv), en kan gepaard gaan met psychologische zorg (conform Art. 2.4 Bzv.) of paramedische zorg die samenhangt met de indicatie voor opname in eerstelijnsverblijf. De indicatie voor opname in eerstelijnsverblijf wordt gesteld door de huisarts, medisch specialist, SEH-arts of specialist ouderengeneeskunde. Deze toetst de benodigde zorg en de medische noodzakelijkheid van het verblijf en maakt daarbij gebruik van het meest recente afwegingsinstrument eerstelijnsverblijf.

Je kunt geen eerstelijnsverblijf ontvangen als je een indicatie hebt voor:

- respijtzorg vanuit de Wmo;
- verblijf onder de Wlz;
- verblijf gerelateerd aan geboortezorg (kraamhotel).

Zorg die geleverd en gedeclareerd wordt via het eerstelijnsverblijf kan niet in dezelfde periode met andere prestaties gedeclareerd worden.

Maximale verblijfsduur

Eerstelijnsverblijf heeft een tijdelijk karakter, om die reden vergoeden wij dit verblijf maximaal 90 aaneengesloten dagen. Als je langer dan 90 dagen eerstelijnsverblijf nodig hebt, dan moet je uiterlijk twee weken vóór afloop van de 90 dagen-termijn een verlenging aanvragen. Hiervoor dient je zorgaanbieder, in overleg met jou, een aanvraagformulier voor een machtiging in voor verlenging van eerstelijnsverblijf met maximaal 90 dagen. Als je na ontslag binnen twee weken weer opgenomen wordt bij een eerstelijnsverblijf zorgaanbieder wordt de onderbreking niet meegeteld en gelden beide opnames tezamen als één periode.

Het machtigingsformulier kun je vinden op:

<https://www.asr.nl/zakelijk/zorgaanbieder/eerstelijnsverblijf>.

Kwaliteitseisen aanbieders eerstelijnsverblijf

Alle aanbieders moeten minimaal aan de volgende eisen voldoen:

- De door de zorgaanbieder geleverde zorg voldoet aan de laatste eisen en standaarden van de beroepsgroep.
- Er zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week verpleegkundigen beschikbaar. Een verpleegkundige met minimaal hbo-niveau is de eerstverantwoordelijke verpleegkundige en dus ook het eerste aanspreekpunt voor jou.
- De zorgaanbieder maakt afspraken (in ieder geval met je huisarts) over de overdracht van medische gegevens (medisch beleid) tussen ziekenhuis en het eerstelijnsverblijf bij opname en ontslag.

Bij palliatief terminale zorg gelden voor de zorgaanbieder de volgende voorwaarden:

- Er zijn 24/7 verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5 beschikbaar, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen palliatieve zorg van de V&VN).
- De zorg wordt geleverd overeenkomstig het Kwaliteitskader Palliatieve zorg NL en de richtlijnen voor palliatieve zorg van IKNL (www.pallialine.nl).
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ).
- De zorgaanbieder werkt volgens de Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0 en het Zorgpad Stervensfase.
- De zorgaanbieder werkt samen met het regionale team of maakt gebruik van een TOPZ: Team Ondersteuning Palliatieve Zorg.
- De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van de LESA-richtlijnen (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak) en de regionale transmurale afspraken (RTA) op het gebied van palliatieve zorg (als die aanwezig zijn binnen het werkgebied).
- In geval van een hospice maakt de zorgaanbieder gebruik van VPTZ-vrijwilligers (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg).
Zij bieden ondersteuning, rust en concrete hulp in de laatste levensfase.
- Indien de zorg geleverd wordt in de vorm van een hospice, dan moet deze minimaal 4 bedden hebben en de verpleegkundigen en verzorgenden moeten in eigen dienst zijn.

18.6 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Bij erfelijkheidsonderzoek wordt uitgezocht of een aangeboren afwijking of aandoening erfelijk is. Het is een vorm van medisch specialistische zorg.

Wij vergoeden deze zorg als er een verwijzing is van een medisch specialist.

Deze zorg betreft:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van:
 - stamboomonderzoek;
 - chromosoomonderzoek;
 - biochemische diagnostiek;
 - ultrageluidonderzoek;
 - DNA-onderzoek.
- de erfelijkheidsadvisering en de daarbij nodige psychosociale begeleiding.

Wij vergoeden ook onderzoek aan andere personen dan jezelf als dat nodig is voor het advies aan jou. Hieronder valt ook de eventuele advisering aan deze andere personen.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

18.7 Ergotherapie

Ergotherapie helpt je met praktische oplossingen in je omgeving als het uitvoeren van dagelijkse activiteiten problemen geeft door een lichamelijke, geestelijke, zintuiglijke of emotionele aandoening. Je kunt de ergotherapeut ook om advies vragen over het gebruiken of aanvragen van hulpmiddelen.

Wij vergoeden maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar voor advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut. Dat geldt voor behandeling in de praktijk van de ergotherapeut of bij je thuis. Het gaat om zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden. Het doel is je zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Ergotherapie in het kader van gzsp

Indien je zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 18.11.

18.8 Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg betreft een geneesmiddel en de terhandstelling, het advies erover en begeleiding hiervan.

Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen zoals tabletten, drankjes, injecties etc. Een geneesmiddel betreft een stof die een bepaalde (gewenst genezende) werking op het lichaam heeft.

Recht op vergoeding van farmaceutische zorg betreft:

- levering van geneesmiddelen en advies zoals apotheekehoudenden (apothekers en apotheekehoudende huisartsen) die bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.
- Vergoeding van:
 - de door ons aangewezen geregistreerde geneesmiddelen uit Bijlage 1 t/m 2 van de Regeling zorgverzekering en apotheekbereidingen die (nagenoeg) gelijkwaardig zijn aan de niet aangewezen geregistreerde geneesmiddelen vermeld in Bijlage 3A van de Regeling zorgverzekering. Voor meer informatie over de door ons aangewezen geneesmiddelen en de voorwaarden die hierop van toepassing zijn verwijzen wij je naar ons Reglement Farmaceutische Zorg en naar onze website, zie hiervoor www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/medicijnen;
 - andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft die:
 - door of in opdracht van een apotheekehoudende in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld (overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet);
 - door vastgestelde regels in de handel worden gebracht en op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant. De geneesmiddelen zijn bestemd voor gebruik door individuele patiënten van die arts en zijn onder zijn toezicht bereid volgens zijn specificaties. (overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet);

- door vastgestelde regels in de handel zijn in een andere lidstaat of een derde land en op verzoek van een arts in Nederland zijn ingevoerd of anderszins binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht en bestemd zijn voor een patiënt die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners (overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet);
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten die voldoen aan onderdeel 1 van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Ze moeten tevens voldoen aan de in artikel 2.3 van het Reglement Farmaceutisch zorg Vrije Keuze genoemde bepalingen.

Bijlage 1 t/m 3A van de Regeling zorgverzekering kunnen gedurende het jaar gewijzigd worden door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Bijlage 1 t/m 3A van de Regeling zorgverzekering kun je vinden op <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018715>.

Het Reglement Farmaceutisch zorg Vrije Keuze kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Wij vergoeden de terhandstelling van geneesmiddelen door apothekhoudenden. Naast de terhandstelling bieden we ook een vergoeding voor de geneesmiddelen zoals hierboven omschreven. Voor sommige geneesmiddelen (niet voor de terhandstelling) betaal je een wettelijke eigen bijdrage tot maximaal € 250,-. De minister van VWS bepaalt voor welke geneesmiddelen dit het geval is. Deze geneesmiddelen staan vermeld in Bijlage 1a van de Regeling zorgverzekering.

Informatie over de eigen bijdrage kun je vinden in artikel 2.1 van het Reglement Farmaceutisch zorg Vrije Keuze en op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/eigen-risico.

Wij vergoeden ook advies en begeleiding zoals apothekhoudenden die plegen te bieden.

Onder dit advies en deze begeleiding vallen:

- terhandstelling van een UR (uitsluitend op recept) geneesmiddel;
- begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel.

Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten moeten worden geleverd door een apothekhoudende of een medisch gespecialiseerde hulpmiddelenleverancier.

Voorschrijver

Tenzij wij andere afspraken hebben gemaakt met je zorgaanbieder, moeten de ter hand gestelde geneesmiddelen op voorschrift zijn van:

- huisarts;
- bedrijfsarts;
- jeugdarts;
- medisch specialist;
- tandarts;
- tandarts-specialist;
- verloskundige;
- specialistisch verpleegkundige;
- Physician Assistant;
- Specialist Ouderengeneeskunde
- Arts Verstandelijke Gehandicapten

Terhandstelling staat onder verantwoordelijkheid van een apothekhoudende.

Wij vergoeden geen:

- farmaceutische zorg waarvan de minister heeft besloten dat het geen verzekerde zorg is of waaraan de minister bepaalde voorwaarden heeft gesteld waaraan niet is voldaan;
- geneesmiddelen voor ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- geneesmiddelen waarvoor een aanvraag om een handelsvergunning bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) is ingediend, of waarmee nog klinische proeven gaande zijn en dat bij ministeriële regeling te stellen voorwaarden beschikbaar is gesteld voor gebruik in schrijnende gevallen;

- eigen bijdrage(n) voor geneesmiddelen tot € 250,-;
- eigen bijdrage(n) voor geneesmiddelen die onder het eigen risico vallen;
- geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zit, met uitzondering van apotheekbereidingen van geneesmiddelen die op Bijlage 3A van de Rzv zijn opgenomen;
- homeopathische en antroposofische producten en geneesmiddelen;
- voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitaminen;
- andere kosten (bijvoorbeeld administratie- of verzendkosten).

Reglement farmaceutische zorg

In het Reglement Farmaceutisch zorg Vrije Keuze hebben wij nadere voorwaarden vermeld over de beoordeling van de aanspraak op vergoeding van farmaceutische zorg. Dit betreft onder andere:

- toestemmingsvereisten;
- afleverhoeveelheden;
- specifieke bepalingen voor geneesmiddelen;
- vergoeding van geneesmiddelen.

Het Reglement Farmaceutisch zorg Vrije Keuze kun je vinden op

www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

18.9 Fysiotherapie en oefentherapie

Fysiotherapie en oefentherapie zijn behandelingen die zijn gericht op verbetering van je manier van bewegen en je houding bij lichamelijke klachten.

Algemeen

Het gaat om zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verklaring van een huisarts of medisch specialist nodig waaruit de medische noodzaak blijkt voor een aan huis behandeling of behandeling in een instelling. Dit geldt alleen wanneer je naar een niet-gecontracteerde fysio- of oefentherapeut gaat.

Fysiotherapie in het kader van gzsp

Indien je zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 18.11.

Bij jonger dan 18 jaar

Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie:

- Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie:
- als je aandoening **wel** wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
 - Je wordt behandeld door een (kinder)fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut of oedeemtherapeut. Je hebt een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig waaruit blijkt voor welke indicatie je wordt behandeld. De in bijlage 1 genoemde behandelduur mag niet worden overschreden. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
- als je aandoening **niet** wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
 - maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Je wordt behandeld door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar of oedeemtherapeut. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
 - bij ontoereikend resultaat maximaal 9 extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Je hebt hiervoor een verklaring van een arts of medisch specialist nodig waaruit de medische noodzaak blijkt voor de 9 extra behandelingen. Dit geldt alleen wanneer je naar een niet-gecontracteerde fysio- of oefentherapeut gaat.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Bij 18 jaar of ouder

Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie:

- als je aandoening wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
 - de behandelingen vanaf de 21ste behandeling. Je wordt behandeld door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut, oedeemtherapeut of geriatisch fysiotherapeut. Je hebt een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig. De in bijlage 1 genoemde behandelduur mag niet worden overschreden. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
- maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie. Je wordt behandeld door een bekkenfysiotherapeut;
- maximaal de eerste 37 behandelingen bij de indicatie etalagebenen (fase 2 claudicatio intermittens) gedurende een periode van maximaal 12 maanden. Je hebt een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig;
- maximaal 12 behandelingen oefentherapie bij artrose van de heup of knie gedurende een periode van maximaal 12 maanden;
- afhankelijk van je klasse maximaal 5 (klasse A), 27 (klasse B1) of 70 behandelingen (klasse B2, C en D) gesuperviseerde oefentherapie bij COPD gedurende een periode van maximaal 12 maanden. Als na het startjaar nog onderhoudsbehandelingen nodig zijn, dan worden er maximaal 3 (klasse B1) of 52 behandelingen (klasse B2, C en D) per 12 maanden vergoed. Je hebt een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig;
- bij valpreventieve beweeginterventie voor personen waarbij na een valrisicobeoordeling blijkt dat je een hoog valrisico hebt als gevolg van onderliggende bijkomende somatische en/of psychische problemen en je hierbij bent aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysio- of oefentherapeut. Deze zorg omvat ten hoogste één valpreventieve beweeginterventie per 12 maanden. Je hebt voor vergoeding van een valpreventieve beweeginterventie een verklaring nodig van je huisarts of medisch specialist waaruit blijkt dat je een hoog valrisico hebt op basis van de valrisicobeoordeling en bent aangewezen op begeleiding van een oefen- of fysiotherapeut.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

18.10 Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)

Gecombineerde Leefstijl Interventie is advies en begeleiding bij voeding, beweging en gedrag voor patiënten vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico. Het doel is een gezondere leefstijl voor de patiënt.

Vergoeding

Je hebt alleen recht op vergoeding van de door het RIVM erkende GLI-programma's. Hierbij stellen wij als voorwaarden dat:

- je bent doorverwezen door je huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts;
- alle zorgaanbieders van de GLI met minimaal de erkenning van leefstijlcoach zijn opgenomen in het register van Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) of de aantekening leefstijlcoach hebben in Vektis;
- een zorgaanbieder van de GLI het zorgproces coördineert en fungeert als eerste aanspraakpunt voor de verzekerde;
- er een geldige indicatie is conform de beleidsregel met verwijzing van de huisarts (een aantoonbaar (matig) verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR);
- het programma moet door het RIVM op voldoende niveau van effectiviteit beoordeeld zijn in het erkenningstraject.

18.11 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare verzekerden die (nog) thuis wonen met (hoog) complexe problematiek. De specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten zijn meestal regiebehandelaar voor deze zorg.

De zorgvraag van verzekerden met gzsp is veelzijdig en kan liggen op het lichamelijke, psychische en/of gedragsmatige gebied. Voor een verzekerde met complexe problematiek of meerdere aandoeningen is het van belang dat de zorg op elkaar is afgestemd en in samenhang wordt geleverd. Bij gzsp is daarom een regiebehandelaar betrokken. Dit is de specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten, maar kan in sommige situaties ook een gedragswetenschapper zijn.

Verwijzing:

Je hebt een verwijzing van:

- je huisarts of kinderarts. Voor de doelgroep mensen met een sterk gestoord gedrag en een lichte verstandelijke beperking geldt dat een verwijzing ook tot stand kan komen door de arts verstandelijk gehandicapt.

Wij vergoeden geen:

- gzsp als je een indicatie hebt voor:
 - verblijf in verband met medisch specialistische zorg (bijvoorbeeld medisch specialistische revalidatiezorg of opname);
 - eerstelijnsverblijf;
 - verblijf in verband met GGZ-zorg;
 - verblijf onder de Wlz;
 - verblijf gerelateerd aan geboortezorg (kraamhotel).

Vervoer in het kader van gzsp

Wij vergoeden vervoerskosten van en naar dagbehandeling in een groep volgens de voorwaarden zoals opgenomen in artikel 18.29.

18.12 Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

Geestelijke Gezondheidszorg is het vaststellen en behandelen van een (complexe) psychische stoornis. Het doel is daarbij je geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren. Voor sommige psychische behandelingen kun je worden opgenomen in een psychiatrische kliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

Algemeen

Als je 18 jaar of ouder bent vergoeden wij GGZ bij (online) behandeling, herstel of het voorkomen van een verergering van psychische klachten op grond van een DSM-classificatie. Hieronder wordt verstaan: diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en behandeling van psychische aandoeningen. Het gaat om zorg zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Voor de GGZ geldt het volgende: het eigen risico wordt maandelijks berekend en in rekening gebracht.

Kies je voor een niet-gecontracteerde aanbieder

Ga je voor Gespecialiseerde GGZ naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij tot het tot ten hoogste 85% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Dit kan betekenen dat je een gedeelte van de nota zelf betaalt.

Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 3 (Vergoeding van zorg).

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen.

Gecontracteerde zorgaanbieders kun je vinden op <https://zorgzoeker.asr.nl>.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van je huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts, straatdokter (indien je geen huisarts hebt) of een doorverwijzing van je regiebehandelaar, conform de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg'.

Een verwijsbrief is niet nodig bij crisiszorg. Er is wel een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die begint als de crisis voorbij is.

Zorgaanbieder

Kwaliteitsstatuut

- De zorgaanbieder levert de zorg volgens haar eigen Kwaliteitsstatuut, dat als zodanig is geregistreerd bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl. Wij vergoeden alleen zorg geleverd door zorgaanbieders met een Kwaliteitsstatuut dat voldoet aan de criteria van het meest recentelijk geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

Regiebehandelaar

- De (indicerend en coördinerend) regiebehandelaar zoals deze is aangeduid en aangewezen in het meest recentelijk geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS) GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg.

- Niet iedere beroepsgroep mag in alle gevallen optreden als regiebehandelaar. Daarnaast is de inzet van een regiebehandelaar afhankelijk van de setting.
- De voorwaarden, die hieraan verbonden zijn staan uitgewerkt in het Landelijk Kwaliteitsstatuur. Op blz. 19 in tabel 1 van het LKS staat beschreven welke eisen aan de indicierend en coördinerend regiebehandelaar worden gesteld voor de BIG-registratie en het (NLQF) opleidingsniveau. (Zie hiervoor: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/landelijk-kwaliteitsstatuut-ggz.pdf>).
- Als je tijdens de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereikt, kun je zorg blijven ontvangen van de orthopedagoog generalist, postmaster orthopedagoog en kinder- en jeugdpsycholoog als onderdeel van de GGZ. Dit geldt alleen voor behandelingen die vóór de 18e verjaardag zijn gestart en pas na de 18e verjaardag afgerond worden. De prestatie GGZ dient aansluitend vanaf de 18e verjaardag te zijn geopend en geldt maximaal tot 1 jaar daarna.

GGZ zonder en met verblijf

Als je 18 jaar of ouder bent vergoeden wij GGZ, verzorgd door een regiebehandelaar. Tevens vergoeden wij GGZ in een GGZ-instelling, psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

De opname in een GGZ-instelling, psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis vergoeden wij voor een periode van maximaal 1.095 dagen. Hieronder wordt verstaan: gespecialiseerde psychiatrische behandeling. Het verblijf moet nodig zijn voor de behandeling.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Na 1.095 dagen kan nog recht bestaan op deze zorg op grond van de Wlz.

GGZ-zorg in de Wlz

Er zijn 3 manieren waarop een verzekerde GGZ-zorg ten laste van de Wlz kan krijgen:

- als de verzekerde (mede) vanwege een psychische stoornis aan de Wlz-toegangscriteria voldoet, komt ook GGZ-zorg ten laste van de Wlz bij verblijf met behandeling (met ingang van 1 januari 2021);
- als de behandeling van de psychische stoornis integraal onderdeel is van de specifieke behandeling bij verblijf met behandeling;
- als een cliënt in een psychiatrische instelling verblijft en dat verblijf noodzakelijk is voor de behandeling van de stoornis na 1095 dagen (3 jaar). Dat heet voorgezet verblijf.

Machtigingsvereisten

Voor niet gecontracteerde GGZ-instellingen:

Wij hebben met het merendeel van de instellingen overeenkomsten afgesloten. Als je toch naar een niet-gecontracteerde GGZ-instelling wil gaan, dan moet je (om hoge eigen kosten te voorkomen), of je behandelaar namens jou, voor de start van de behandeling een machtiging bij ons aanvragen. Voor ieder zorgtraject, verblijf of een combinatie ervan moet een aparte machtigingsaanvraag worden ingediend.

Dit geldt ook voor een zorgtraject in het buitenland, dat onder de verzekerde zorg valt.

Voor de eerste 300 minuten diagnostiek geldt er geen machtigingsvereiste.

Voor langdurige opname

Indien je langer dan 365 dagen aaneengesloten opgenomen bent in een GGZ-instelling, psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, dan moet jij, of je zorgaanbieder namens jou, een machtiging bij ons aanvragen. Deze moet vooraf en minimaal 3 maanden voor afloop van het jaar aangevraagd worden. We hanteren hiervoor de landelijk afgesproken "Checklist LGGZ". Deze wordt gebruikt om in te kunnen schatten of er na 365 dagen nog steeds sprake is van medisch noodzakelijk verblijf of dat de weg naar de Wlz passender is.

Om een machtiging af te kunnen geven ontvangen wij van jou of van je zorgaanbieder een 'aanvraagformulier Machtiging GGZ' (zie hiervoor onze website: www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/machtiging-aanvragen).

Je aanvraag behandelen wij vertrouwelijk. Je kunt deze sturen aan onze medisch adviseur:

a.s.r.
t.a.v. medisch adviseur GGZ
Postbus 2072
3500 HB UTRECHT
Vermeld op de envelop: 'Vertrouwelijk'
Of uploaden naar: <https://www.asr.nl/service/zorgverzekering-upload>

Privacyverklaring

Als je niet wil dat er een diagnosecode op je declaratie staat, dan moet je er uiterlijk bij de eerste diagnostieksessie of behandelsessie voor zorgen dat er een privacyverklaring bij de zorgaanbieder aanwezig is. De privacyverklaring is geldig voor het gehele zorgtraject. Je moet deze privacyverklaring samen met de zorgaanbieder ondertekenen. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de privacyverklaring in zijn administratie wordt opgenomen.

Wij vergoeden onder andere geen:

- Jeugd GGZ (leeftijd onder 18 jaar), welke onder de Jeugdwet valt;
- hulp en ondersteuning die ten laste van de Wmo komt;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leer- en ontwikkelingsstoornissen;
- therapieën die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals vermeld in de ZN-circulaire "Therapieën GGZ";
- diagnostiek door niet gecontracteerde aanbieders vanaf 300 minuten;

Een overzicht van "Therapieën GGZ" die wel of niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

18.13 Huisarts

Bij vragen over je gezondheid of ziekte is de huisarts het eerste aanspreekpunt. In de avond, nacht of in het weekend kun je hiervoor terecht bij een huisartsenpost.

Wij vergoeden geneeskundige zorg verleend door een huisarts. Een zorgverlener die onder zijn verantwoordelijkheid werkzaam is, mag de zorg ook verlenen. Het gaat om zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Wij vergoeden ook röntgen- en laboratoriumonderzoek dat is aangevraagd door een huisarts.

Eerstelijnsdiagnostiek

In uitzonderlijke gevallen kan een huisarts afwijken van de NHG-standaarden en ervoor kiezen een Magnetic Resonance Imaging (MRI) onderzoek aan te vragen.

18.14 Hulpmiddelenzorg

Medische hulpmiddelen zijn gemaakt om beter om te kunnen gaan met een lichamelijk probleem. Er zijn veel verschillende hulpmiddelen voor verschillende aandoeningen. Voorbeelden zijn hoortoestel, arm- of beenprothese, maar bijvoorbeeld ook diabetesteststrips of verbandmateriaal.

Wij vergoeden medische hulpmiddelen en verbandmiddelen. De nadere voorwaarden voor vergoeding en vereisten voor deze middelen staan in het Reglement Hulpmiddelen Vrije Keuze. Ook staat in het Reglement of je de hulpmiddelen in eigendom of bruikleen van ons krijgt. Het Reglement maakt deel uit van deze polis.

Het Reglement Hulpmiddelen Vrije Keuze kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Kies je voor een niet-gecontracteerde aanbieder

Ga je voor hulpmiddelen naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij tot ten hoogste 100% van het laagste gecontracteerde tarief. Dit kan betekenen dat je een gedeelte van de nota zelf betaalt.

Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 3.

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen.
Gecontracteerde zorgaanbieders kun je vinden op <https://zorgzoeker.asr.nl>.

Toestemming

In het Reglement Hulpmiddelen hebben wij per hulpmiddel vermeld of je vooraf onze toestemming nodig hebt. Wij kunnen bij de toestemming nadere voorwaarden stellen.

Gebruikskosten

Kosten voor het gebruik van een hulpmiddel betaal je zelf, tenzij wij in het Reglement Hulpmiddelen anders hebben aangegeven. Kosten voor het gebruik zijn bijvoorbeeld energiegebruik en batterijen.

Doelmatigheid

Het hulpmiddel moet noodzakelijk zijn, doelmatig en niet onnodig kostbaar of gecompliceerd. Wij beoordelen of dit voor je hulpmiddel het geval is.

Verbandmiddelen

Verbandmiddelen vergoeden wij alleen als je een ernstige aandoening hebt waarbij je langdurig verbandmiddelen nodig hebt.

Bruikleen

Als wij je een hulpmiddel in bruikleen geven, kunnen wij controleren of je dit hulpmiddel nog nodig hebt. Als blijkt dat je het hulpmiddel niet langer nodig hebt, kunnen we het terugvorderen.

Wij vergoeden geen:

- hulp- en verbandmiddelen die je via de Wlz of Wmo vergoed kunt krijgen.

18.15 Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht of obesitas

Het Landelijk model 'Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas' biedt een passende ondersteuning en zorg voor kinderen met overgewicht en obesitas, waarbij het zorgaanbod uit verschillende domeinen door meerdere zorgverleners, zoals de huisarts in samenwerking met bijvoorbeeld een diëtist wordt gegeven. Dit noemt men een ketenaanpak. Eén van de zorgverleners in de ketenaanpak is het vaste aanspreekpunt, dit noemen we de centrale zorgverlener (CZV). Ook de GLI voor kinderen maakt onderdeel uit van de ketenaanpak voor kinderen.

Wij vergoeden:

- een brede anamnese, begeleiding en coördinatie welke worden uitgevoerd door de CZV.
- een gecombineerde leefstijlinterventie voor kinderen, gegeven door een kinderleefstijlcoach wanneer je wordt doorverwezen door de CZV voor een GLI.

Voorwaarden:

- Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, medisch specialist, jeugdarts of jeugdverpleegkundige naar een centrale zorgverlener (CZV) waaruit blijkt dat er sprake is van een aantoonbaar (matig) verhoogd gewicht gerelateerd gezondheidsrisico (GGR).
- De centrale zorgverlener voldoet aan het landelijk geldende deskundigheids- (hbo+ opleiding vanuit een sociaal-maatschappelijke of (para)medische opleiding) en competentieprofiel (en bijbehorende registratie-eisen) zoals gesteld in 'Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas' van het Zorginstituut Nederland d.d. 27 januari 2021. De CZV kan aantonen dat hij/zij de aanvullende geaccrediteerde opleiding tot CZV succesvol heeft afgerond.
- De GLI moet worden uitgevoerd door een hbo-geschoolde kinderleefstijlcoach. De zorgaanbieder voldoet minimaal aan de vereiste deskundigheid van een hbo-geschoolde kinderleefstijlcoach en voldoet aan het (nog op te stellen) landelijk geldende competentieprofiel (en bijbehorende registratie-eisen).

- De GLI voor kinderen wordt vergoed wanneer de effectiviteit van het GLI programma op voldoende niveau is vastgesteld door het RIVM. Daarnaast vergoeden wij de GLI vanuit de lopende experimenten van Your Coach Next Door (YCND), GO! en de Amsterdamse aanpak gezond gewicht.

Wij vergoeden geen:

- sociaal maatschappelijke problematiek of het daadwerkelijk begeleiden bij bewegen. (sporten onder toezicht van een CVZ of leefstijlcoach.)

18.16 Logopedie

Een logopedist helpt je bij het vaststellen en behandelen van een stoornis in de mondfunctie. Die kan te maken hebben met ademen, stem, spraak, taal of je gehoor. De logopedist geeft ook advies en voorlichting aan jou als patiënt of verzorger van een patiënt.

Wij vergoeden de behandeling door een logopedist. Verwacht wordt dat de behandeling een verbetering of herstel van de spraakfunctie of het spraakvermogen tot gevolg heeft. Het gaat om zorg zoals logopedisten die plegen te bieden. De zorg moet een geneeskundig doel hebben.

Wanneer je naar een niet gecontracteerde logopedist gaat heb je een verklaring nodig van je (tand-)arts of orthopedagoog waaruit blijkt dat er een indicatie voor logopedie aanwezig is. Voor een behandeling op een andere locatie dan de praktijk van de zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan huis of in een instelling, is een verwijzing van je huisarts of specialist nodig waaruit blijkt dat er een medische noodzaak is voor de behandeling op een andere locatie dan de praktijk.

Individuele zittingen afasie, - preverbale logopedie, - stotteren, - Hanen-ouderenprogramma, - intergraalzorg stotteren worden verleend door een speciaal daartoe gekwalificeerde logopedist. Deze logopedist dient ingeschreven te staan in het voor de desbetreffende verbijzondering relevante register van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.

Onder een logopedische behandeling verstaan wij niet behandeling van dyslexie en taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anders taligheid.

Logopedie in het kader van gzsp

Indien je zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 18.11.

18.17 Mechanische beademing

Wij vergoeden beademing thuis en medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is indien dit gebeurt in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Als je beademing thuis krijgt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum:

- stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar;
- levert het beademingscentrum de medisch specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met de mechanische beademing.

Bij mechanische beademing in de thuissituatie heb je recht op een tegemoetkoming in de stroomkosten. Kijk voor meer informatie op onze website.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

18.18 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

Medisch specialistische zorg ontvang je van een medisch specialist die is verbonden aan een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of categorale instelling. Een medisch specialist is een arts die na de basisopleiding een specialistische opleiding heeft volbracht en zo geregistreerd staat. Er zijn in Nederland zo'n 30 verschillende specialismen. Voorbeelden zijn chirurgie, cardiologie en neurologie.

Verwijzers naar medisch specialistische zorg

Je hebt voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, kaakchirurg, physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. Voor medisch specialistische zorg bij een zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De verloskundige mag de pasgeborene de eerste tien dagen na een bevalling ook verwijzen naar een kinderarts of KNO-arts. Mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend vergoeden wij volgens artikel 18.19 en 18.20. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Tandartsen van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde mogen ook verwijzen naar de neuroloog, anesthesioloog (pijnpoli) of KNO-arts. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist. Een triage-audicien mag verwijzen naar een klinisch fysicus audioloog en KNO-arts, de klinisch fysicus audioloog mag eveneens verwijzen naar de KNO-arts alsook naar de specialisten kinderarts, neuroloog, revalidatiearts en psychiater. In het geval van infectieziekten mag een GGD-arts ook verwijzen. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprotheticus, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

Ziekenhuisopname

Wij vergoeden je verblijf in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet gaan om medisch noodzakelijk verblijf voor zorg als bedoeld in dit artikel of in artikel 18.19 en 18.20 (Mondzorg).

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Onderbreek je het verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen. Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Logeerkosten bij CAR-T

Je hebt recht op een tegemoetkoming in logeerkosten na CAR-T-celtherapie, indien de reistijd naar het ziekenhuis langer dan 60 minuten bedraagt. Vergoeding geldt voor de periode van 2 weken na ontslag uit het ziekenhuis, waarna in de 3e en 4e week er recht op tegemoetkoming in logeerkosten is. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 89,- per nacht.

Niet-klinische medisch specialistische zorg

Wij vergoeden medisch specialistische dag- en poliklinische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling of zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Wij vergoeden ook de hierbij benodigde verpleging (dagopname), geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder vergoeden wij medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist. Wij vergoeden ook de benodigde verpleging- en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen in de periode van de opname die bij de behandeling horen.

Kies je voor een niet-gecontracteerd ZBC

Ga je voor zorg (klinisch of poliklinisch) naar een niet-gecontracteerd ZBC, dan vergoeden wij tot ten hoogste 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Dit kan betekenen dat je een gedeelte van de nota zelf betaalt. Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 3.

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen.

Gecontracteerde zorgaanbieders kun je vinden op <https://zorgzoeker.asr.nl>.

IVF (in-vitrofertilisatie) of ICSI (Intra Cytoplasmatische Sperma Injectie)

Als er bij een IVF of ICSI behandeling gebruik wordt gemaakt van semendontie of eiceldonatie, dan gelden de in dit artikel beschreven voorwaarden voor IVF. Niet vergoed worden de kosten van de semendonatie of eiceldonatie (en daarmee ook niet de behandeling van de donor van de eicel).

Als vrouw heb je recht op vergoeding van deze zorg tot je 43^e jaar, indien daarvoor een indicatie bestaat. Je hebt dan recht op 3 IVF- of ICSI-pogingen per te realiseren doorgaande zwangerschap. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat hiervoor een vergunning heeft. Wij vergoeden ook de benodigde geneesmiddelen.

Wij maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
- zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat het niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat het ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Een poging telt pas, als er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van eicellen) heeft plaatsgevonden.

De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds ingevroren) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap, spontaan of na IVF, geldt als nieuwe eerste poging.

Terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt nooit aangemerkt als een nieuwe IVF-poging. Dat betekent dat ook na een doorgaande zwangerschap de terugplaatsing van ingevroren embryo's niet als een nieuwe IVF-poging wordt aangemerkt. Een IVF-poging die is gestart voor je 43ste verjaardag mag worden afgemaakt.

Wij vergoeden geen:

- behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie;
- behandelingen en geneesmiddelen voor de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap. Daarvoor moeten drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap;
- eerste en tweede IVF-poging tot je 38ste jaar als er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- vruchtbaarheidsgerelateerde zorg die start als je 43 jaar of ouder en vrouw bent.

Overige fertiliteit bevorderende behandelingen

Je hebt recht op geneeskundige zorg als bedoeld in dit artikel (medisch specialistische zorg) bij overige fertiliteit bevorderende (vruchtbaarheidsbevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie (met eigen zaad of met donorzaad) en intra uteriene inseminatie. Niet vergoed worden de kosten van de zaaddonatie of het ongedaan maken van een sterilisatie. Ook hier geldt voor de vrouw dat zij jonger moet zijn dan 43 jaar. Wij vergoeden geen behandelingen en geneesmiddelen als er geen sprake is van een medische indicatie.

Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Wij vergoeden behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die samen gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslapte bovenoogleden door een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening of wanneer een verworven verlamming of verslapping je gezichtsveld ernstig beperkt;
- het plaatsen of het vervangen van een borstprothese, na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, of bij het ontbreken van borstvorming (agenesie/aplasie van de borst) bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij vastgestelde transseksualiteit (man-vrouw transgenders);
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespelen;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Voor deze behandelingen heb je vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Wij beoordelen je aanvraag aan de hand van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Om sommige behandelingen te kunnen beoordelen kan het nodig zijn dat er foto's en/of een eigen verklaring wordt opgevraagd. Als je deze niet verstrekt kan geen schriftelijke toestemming gegeven worden voor de behandeling en wordt deze niet vergoed.

Deze zorg kan ook door andere medisch specialisten dan de plastisch chirurg worden uitgevoerd. Ook voor andere medisch specialisten zijn deze voorwaarden van toepassing.

De Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Wij vergoeden onder andere geen:

- liposuctie van de buik;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Transgenderzorg

Diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transgenders van de WPATH (voorheen HBGDA) en door een multidisciplinair samengesteld gender-team in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transgenders. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten Voor de eerste 10 epilatiebehandelingen in het gelaat heb je geen toestemming nodig. Deze worden in ieder geval vergoed. Als je daarna nog meer epilatiebehandelingen nodig hebt, dan moet je daarvoor eerst toestemming vragen. Wij toetsen dan of je nog steeds aan de voorwaarden voor vergoeding voldoet.

Second Opinion

Wij vergoeden een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is binnen hetzelfde vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. Je moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Voorwaardelijke toelating en veelbelovende zorg

Sommige vormen van zorg zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorwaardelijk tot de basisverzekering toegelaten en worden onder die voorwaarden vergoed. Deze zijn opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit nog niet bewezen is. De totale lijst van voorwaardelijk toegelaten behandelingen kan daardoor in de loop van het jaar wijzigen. Nieuwe voorwaardelijk toegelaten zorg wordt per 2020 onder de subsidieregeling 'veelbelovende zorg' vergoed.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kun je vinden op <https://wetten.overheid.nl/zoeken>.

18.19 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Op welke zorg je precies recht hebt hangt ervan af of je jonger dan 18 jaar of 18 jaar of ouder bent. Voor ieder kind dat tanden in zijn mond heeft (doorgaans vanaf 2 jaar) is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan. Je kind heeft recht op vergoeding van bijna alle zorg voor kinderen door de tandarts. De kosten van deze zorg zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Je hebt recht op vergoeding van de hieronder genoemde zorg:

- Op controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek) eenmaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- Op incidenteel consult;
- Op het verwijderen van tandsteen;
- Op fluorideapplicatie, vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit, maximaal tweemaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- Op het verzegelen of afdichten van groeven en putjes in tanden en kiezen (sealing);
- Op tandvlesbehandeling (parodontale hulp);
- Op verdoving (anesthesie);
- Op wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
- Op vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
- Op behandeling bij klachten aan het kaakgewricht (gnathologische hulp);
- Op uitneembare prothetische voorzieningen (bijvoorbeeld kunstgebit of plaatje);
- Op kronen, bruggen en implantaten als vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken. Deze aanspraak loopt door tot en met je 22ste jaar als een snij- of hoektand in het geheel niet is aangelegd of voor je 18e jaar geheel verloren is gegaan als direct gevolg van een ongeval. De noodzaak hiervoor dient te zijn vastgesteld voor je 18e jaar;
- Op chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat. Je hebt alleen recht op het aanbrengen van een implantaat als vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
- Op röntgenonderzoek, behalve voor röntgenonderzoek bij orthodontische hulp.

Waarvoor is toestemming vereist voor verzekerden jonger dan 18 jaar?

- Voor het aanbrengen van een implantaat heb je vooraf onze toestemming nodig. Bij je aanvraag is een motivering en behandelplan van de tandarts nodig.
- Voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (prestatiecode X21) bij de tandarts moet de tandarts een machtiging bij ons aanvragen.
- Indien je bent aangewezen op mondzorg door de kaakchirurg, dan heb je een verwijsbrief nodig van de huisarts, medisch specialist, tandarts, tandprotheticus of orthodontist. Bij sommige behandelingen moet de kaakchirurg vooraf een machtiging aanvragen. De kaakchirurg is op de hoogte bij welke behandelingen dit het geval is.
- Voor een autotransplantaat (code J39) is vooraf toestemming vereist.
- Narcose.
- Preventieve voorlichting (code M01 en/of M02) als je meer dan 1 uur per jaar preventieve voorlichting nodig hebt.
- Gebitsreiniging (M03) als je meer dan 30 minuten gebitsreiniging per dag nodig hebt en/of als je meer dan 1,5 uur gebitsreiniging per jaar nodig hebt
- Sealen (V30/V35) voor het sealen van melkelementen en/of voor het sealen van meer dan 8 blijvende elementen per jaar.
- Vullingen (code V71 t/m 74, code V81 t/m 84, code V91 t/m 95) voor het plaatsen van meer dan 6 vullingen per dag en/of voor het plaatsen van meer dan 10 vullingen per jaar.

Toelichting: wanneer een zorgaanbieder toestemming vraagt voor een behandeling, dan doet de zorgaanbieder dit namens jou. Met een jaar wordt 365 opeenvolgende dagen bedoeld, ingaand vanaf de datum van behandeling.

Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven kun je vinden op www.allesoverhetgebit.nl.

Bijzondere tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit betreft mondzorg voor mensen bij wie gebruikelijke tandheelkunde niet toereikend is. Het moet hierbij gaan om tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- omdat je een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mond-stelsel hebt dat je zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening; of
- omdat je een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt en je zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening; of

- als een medische behandeling zonder deze zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en je zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Orthodontie

Je hebt recht op vergoeding van orthodontische hulp alleen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groei- stoornis van het tand-, kaak- en/of mondstelsel. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Orthodontische hulp valt alleen onder de bijzondere tandheel- kunde in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- en/of mondstelsel. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Als dit het geval is, dan heb je recht op vergoeding van orthodontische hulp.

Waarvoor is toestemming vereist voor verzekerden jonger dan 18 jaar?

- Voor alle bijzondere tandheelkundige zorg heb je vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag van je zorgaanbieder is een motivering van de huisarts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of orthodontist nodig.
- Als je voor mondzorg naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT) gaat heb je vooraf onze toestemming nodig.

Toelichting: wanneer een zorgaanbieder toestemming vraagt voor een behandeling, dan doet de zorgaanbieder dit namens jou.

18.20 Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mond- hygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Op welke zorg je precies recht hebt hangt ervan af of je jonger dan 18 jaar of 18 jaar of ouder bent.

Eigen bijdrage volwassenen

Mogelijk maak je gebruik van zorg waarvoor een (wettelijk) eigen bijdrage geldt. Je betaalt dan eerst de eigen bijdrage. Het bedrag dat daarna overblijft, telt mee voor het verplicht eigen risico en het vrijwillig eigen risico. Hieronder staat vermeld wanneer een (wettelijk) eigen bijdrage van toepassing is.

Tandheelkunde voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Je hebt recht op vergoeding van de hieronder genoemde zorg:

- Op chirurgisch tandheelkundige hulp door de kaakchirurg en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzonde- ring van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extrac- tie;
- Op een uitneembaar volledig (nood) kunstgebit of een uitneembaar volledig vervangend kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak. Hiervoor geldt een wettelijk verplichte eigen bijdrage van 25%.
- Op een klikgebit in de onderkaak (de mesostructuur (steg, drukknoppen of magneten) en het klikgebit). Hiervoor geldt een wettelijk verplichte eigen bijdrage van 10%.
- Op een klikgebit in de bovenkaak (de mesostructuur (steg, drukknoppen of magneten) en het klikgebit). Hiervoor geldt een wettelijk verplichte eigen bijdrage van 8%.
- Op een tegelijkertijd vervaardigd klikgebit in de ene kaak en kunstgebit in de andere kaak (code J50). Hiervoor geldt een verplichte eigen bijdrage van 17%;
- Op reparaties en het opvullen van een volledig kunstgebit of klikgebit. Hiervoor geldt een wettelijk verplichte eigen bijdrage van 10%.

Waarvoor is toestemming vereist voor verzekerden vanaf 18 jaar?

- Indien je bent aangewezen op mondzorg door de kaakchirurg, dan heb je een verwijfsbrief nodig van de huisarts, medisch specialist, tandarts, tandprotheticus of orthodontist. Voor sommige behandelingen moet de kaakchirurg vooraf een machtiging aanvragen. De kaakchirurg is op de hoogte bij welke behandelingen dit het geval is.

Toelichting: wanneer een zorgaanbieder toestemming vraagt voor een behandeling, dan doet de zorgaanbieder dit namens jou.

Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven kun je vinden op www.allesoverhetgebit.nl.

Bijzondere tandheelkunde voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit betreft mondzorg voor mensen bij wie gebruikelijke tandheelkunde niet toereikend is. Het moet hierbij gaan om tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

- omdat je een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel hebt dat je zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening; of
- omdat je een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en je zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening; of
- als een medische behandeling zonder deze zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en je zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Implantaat ter bevestiging van een klikgebit

Je hebt recht op vergoeding van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat moet dienen om een klikgebit aan te bevestigen. Ook moet sprake zijn van aantoonbare functiestoornis.

Orthodontie

Je hebt recht op vergoeding van orthodontische hulp alleen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- en/of mondstelsel. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Orthodontische hulp valt alleen onder de bijzondere tandheelkunde in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-, kaak- en/of mondstelsel. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn. Als dit het geval is, dan heb je recht op vergoeding van orthodontische hulp.

Waarvoor is toestemming vereist voor verzekerden ouder dan 18 jaar?

- Voor alle bijzondere tandheelkundige zorg heb je vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag van je zorgaanbieder is een motivering van de huisarts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of orthodontist nodig.
- Bij vervanging van het volledige kunst- of klikgebit binnen vijf jaar heb je vooraf onze toestemming nodig. Je zorgaanbieder kan hiervoor een aanvraag indienen.
- Voor een 'toeslag zeer ernstig geslonken kaak' (code P044) is vooraf toestemming vereist.
- Als je voor mondzorg naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT) gaat heb je vooraf onze toestemming nodig.

Toelichting: wanneer een zorgaanbieder toestemming vraagt voor een behandeling, dan doet de zorgaanbieder dit namens jou.

18.21 Orgaantransplantaties

Bij een transplantatie wordt een slecht of niet meer functionerend orgaan of weefsel van een patiënt (gedeeltelijk) vervangen door dat van een donor. Voorbeelden van organen/weefsels die getransplanteerd kunnen worden zijn: het hart, de huid, de longen, de nieren, de pancreas (alvleesklier), de lever, bot en beenmerg.

Wij vergoeden voor jou als ontvanger van het orgaan:

- de transplantatie van weefsels en organen;
- de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor (degene die een orgaan/weefsel aan je afstaat) en het operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de donor;
- het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de transplantatie.

Wij vergoeden voor de donor van het orgaan:

- de zorg die te maken heeft met de opname van de donor voor de selectie en/of de verwijdering van het transplantatie-materiaal. De kosten van deze zorg van de donor van het orgaan worden tot maximaal dertien weken na het einde van deze opname vergoed. Voor leverdonoren geldt een maximale termijn van zes maanden.
- het vervoer binnen Nederland dat de donor, die geen basisverzekering in Nederland heeft, nodig heeft in verband met:
 - de selectie, de opname en het ontslag uit een ziekenhuis;
 - de zorg tot dertien weken, of bij leverdonoren tot zes maanden, na het einde van de opname in verband met de transplantatie.

Wij vergoeden dit vervoer op basis van de laagste klasse van het openbaar vervoer. Als het vervoer om medisch noodzakelijke redenen met een taxi of met de eigen auto van de donor moet plaatsvinden, dan vergoeden wij deze kosten. Als de donor geen basisverzekering in Nederland heeft en in het buitenland woont, dan vergoeden wij het vervoer van en naar Nederland, als het gaat om een transplantatie van een nier, lever of beenmerg bij een verzekerde in Nederland. Ook vergoeden wij de kosten van de donor die te maken hebben met de transplantatie, als deze kosten verband houden met het wonen van de donor in het buitenland.

Als de donor een basisverzekering in Nederland heeft, komen de kosten van dit vervoer ten laste van de basisverzekering van de donor. Als je als donor tevens verzekerde bent op deze basisverzekering kunnen de kosten gedeclareerd worden op deze basisverzekering.

De transplantatie moet worden verricht:

- in een lidstaat van de Europese Unie;
- in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
- in een andere staat, als de donor in die staat woont en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

Wij vergoeden geen:

- verblijfskosten in Nederland;
- eventuele gedeelde inkomsten.

Ben je zelf donor, dan worden de kosten door de zorgverzekering van de ontvanger vergoed volgens dezelfde voorwaarden. Wij vergoeden voor jou als donor de (jaarlijkse) medische nacontroles vanaf dertien weken, of bij leverdonoren vanaf zes maanden, na het einde van de opname in verband met de transplantatie. Deze medische nacontroles en medische kosten als gevolg van de donatie vallen buiten het eigen risico.

Medische kosten die verband houden met de donatie bij leven en binnen 13 weken worden gemaakt en bij een levertransplantatie binnen 26 weken, worden vergoed door de zorgverzekeraar van de ontvangende patiënt.

18.22 Paramedische herstellzorg na ernstige corona

Paramedische herstellzorg kan fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, diëtetiek of ergotherapie omvatten die gericht is op het herstel van patiënten met ernstige COVID-19.

De duur van deze corona herstellzorg is beperkt. Zie voor de duur van deze regeling artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering.

Wij vergoeden vanaf de eerste behandeling:

- maximaal 50 behandelingen oefen- of fysiotherapie;
- maximaal 10 uur ergotherapie, vergoeding vanaf de eerste behandeling;
- maximaal 7 uur diëtetiek;
- logopedie (geen maximum).

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist. Er geldt een maximale tijdsperiode van 6 maanden tussen het einde van het acute infectiestadium van de COVID-19 en het moment van de verwijzing. Na de verwijzing moet de eerste behandeling binnen 1 maand plaatsvinden.

Je moet meewerken aan een landelijk corona-onderzoek, dit is voor zowel de zorgaanbieder als patiënt verplicht. De aanspraak geldt voor 6 maanden. De aanspraak kan met 6 maanden worden verlengd bij verwijzing van een huisarts of medisch specialist. Hiermee heeft de patiënt nogmaals recht op dezelfde hoeveelheid zorg. Indien patiënten niet aan de voorwaarden van de aanspraak willen voldoen, is het niet mogelijk aanspraak te maken op de reguliere aanspraak fysio-/oefentherapie, diëtetiek, ergotherapie en logopedie ten behoeve van beperkingen als gevolg van ernstige COVID-19.

Op paramedische herstellende zorg na ernstige corona is het eigen risico van toepassing.

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kun je vinden op <https://wetten.overheid.nl/zoeken>

18.23 Preventieve voetzorg

Preventieve voetzorg is gericht op het voorkomen van voetulcera en amputaties. Onderdeel van de voetzorg zijn behandelingen, voetcontroles, voetonderzoek en educatie en advisering.

Je hebt recht op (vergoeding van) voetzorg als je een verhoogd risico op voetulcera hebt, vanwege verlies van protectieve sensibiliteit van de voeten, verminderde doorbloeding van de voeten, een kwetsbare huid, of verhoogde druk op de huid door diabetes mellitus dan wel een andere aandoening of door een medische behandeling. De zorg moet een preventief karakter hebben. Je hebt een verwijzing naar de podotherapeut nodig van een huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). Zij bepalen je classificatie en de eventuele overige medische risico's. De podotherapeut stelt vervolgens samen met jou een individueel behandelplan op. Op welke zorgonderdelen je recht hebt, is geregeld in de zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. De inhoud van de voetzorg die je ontvangt, is afhankelijk van je zorgprofiel. We onderscheiden de volgende classificaties:

- Jaarlijkse voetcontrole, die bestaat uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie. Dit onderzoek mag worden uitgevoerd door een medisch pedicure, een pedicure met certificaat "voetverzorging bij diabetes", podotherapeut of diabetespodotherapeut.
- Preventieve voetzorg voor het beschermen tegen het krijgen van wonden bij; hoog risico voeten zonder lokaal verhoogde druk, hoog risico voeten met lokaal verhoogde druk of zeer hoog risico voeten, bestaande uit:
 - Meer veelvuldig gericht voetonderzoek en de daaruit voortkomende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standafwijkingen;
 - Behandeling van risicofactoren bij een hoog risico of zeer hoog risico op ulcera;
 - Onderwijs en het in gang zetten van aanpassingen in je manier van leven die je behandeling ten goede komen;
 - Advisering over adequaat schoeisel.

De voetzorg wordt uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van een podotherapeut of diabetespodotherapeut. De podotherapeut of diabetespodotherapeut mag bepaalde zorg uitbesteden aan een medisch pedicure, pedicure met het certificaat 'voetverzorging bij diabetes' of registerpodologen. Deze voetzorg wordt per zorgklasse in één tarief door de podotherapeut of diabetes podotherapeut bij ons gedeclareerd.

Voetzorg aan huis

Je hebt recht op (vergoeding van) voetzorg aan huis als er sprake is van hoog risico voeten en je wegens medische redenen niet in staat bent om naar de zorgaanbieder te reizen en je tevens geen mantelzorger hebt om je naar de zorgaanbieder te brengen.

Je hebt geen recht op:

- verwijdering van eelt om cosmetische of verzorgende redenen;
- algemene nagelverzorging, zoals het recht afknippen van nagels om ingroeien te voorkomen.

Meer informatie over preventieve voetzorg kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten onder Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera.

18.24 Revalidatie

Medisch specialistische revalidatie is voor mensen die lijden aan een handicap door een aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep, ernstige ziekte of door een aangeboren aandoening. De patiënt krijgt zijn behandeling van een multidisciplinair team, dat onder leiding staat van een revalidatiearts, om de handicap te overwinnen of er mee om te gaan.

Geriatrische revalidatie is bedoeld voor (meestal) ouderen die in het ziekenhuis een behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld voor een beroerte of een botbreuk. Deze vorm van revalidatie is aangepast aan de individuele herstel-mogelijkheden en het trainingstempo van deze ouderen en houdt rekening met eventuele andere bestaande aandoeningen. Het doel is om door revalidatie het mogelijk te maken dat ouderen kunnen terugkeren naar huis.

Medisch specialistische revalidatie

Wij vergoeden revalidatie als:

- De revalidatie zich richt op het verbeteren en/of voorkomen van problemen in het dagelijks leven en het maatschappelijk functioneren als gevolg van een ongeval, operatie of ernstige ziekte.
- De zorg uitgevoerd wordt door een multidisciplinair team onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts in een revalidatie instelling die bij wet is toegelaten.
- Er wordt gewerkt aan het bereiken van een zo zelfstandig mogelijk functioneren, passend bij je beperkingen.

Er is een indicatie voor medisch specialistische revalidatie als de revalidatiearts heeft vastgesteld dat:

- er door een ziekte of aandoening sprake is (of dreigt te zijn) van complexe, met elkaar samenhangende problemen van functies als motoriek, sensoriek, cognitie, spraak, taal en/of gedrag, waardoor activiteiten als zelfverzorging, zich verplaatsen, denken en handelen en/of communiceren (dreigen te) worden belemmerd of beperkt en de patiënt niet (meer) in staat is (of zal zijn) om de door hem gewenste sociaalmaatschappelijke rol te vervullen of, in geval van het zich ontwikkelende kind, deze te gaan vervullen;
- bovengenoemde problemen (mogelijk) worden veroorzaakt door aangeboren of verworven ziekten en/of (primaire of secundaire) aandoeningen van of zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, het centrale en/of perifere zenuwstelsel, orgaanproblematiek of een combinatie hiervan;
- er op basis van wetenschappelijke evidentie en/of professionele kennis en ervaring, aangenomen kan worden dat interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie de meest doelmatige behandeling is om deze belemmeringen of beperkingen te voorkomen, verminderen of overwinnen en de patiënt geheel of gedeeltelijk invulling kan geven aan zijn rol in het gezin, op school of werk, in vrijetijdsbesteding, etc.;
- de patiënt in staat is (of op afzienbare termijn zal zijn) om te leren, te trainen en actief deel te nemen aan een revalidatiebehandeling waarmee vooraf overeengekomen resultaten bereikt kunnen worden;

of:

- verwacht kan worden dat door specifieke revalidatiegeneeskundige interventies, specifieke symptomen (bijvoorbeeld spasticiteit) en/of secundaire gevolgen (zoals decubitus) van de ziekte of aandoening kunnen worden voorkomen, verminderd of opgeheven.

De medisch specialistische revalidatie kan plaatsvinden:

- door middel van een deeltijd- of dagbehandeling (niet-klinische situatie);
- door middel van een opname van meerdere dagen (klinische situatie). Dit is alleen mogelijk als door het verblijf spoedig betere resultaten te verwachten zijn.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Geriatrische revalidatiezorg

Geriatrische revalidatiezorg betreft integrale en multidisciplinaire revalidatie zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden. De zorg is nodig in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainvaardigheid. De zorg moet gericht zijn op het dusdanig verminderen van je functionele beperkingen zodat je terug kunt keren naar huis.

Wij vergoeden geriatrische revalidatiezorg als:

- de beoordeling (geriatrisch assessment) of je geriatrische revalidatiezorg nodig hebt wordt uitgevoerd door een
- klinisch geriater, internist ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde.
- de zorg binnen één week aansluit op je verblijf in een ziekenhuis.

- je, voordat je een medisch specialistische behandeling ontving, niet verbleef (met behandeling) in een Wlz-instelling.
- In deze situatie wordt de behandeling namelijk vergoed uit de Wlz.
- er een geriatrische revalidatiezorgvraag is ontstaan als gevolg van acute stoornissen in de mobiliteit of afname van zelfredzaamheid en je voor deze aandoening medisch-specialistische zorg hebt ontvangen.

Indicatiestelling specialist ouderengeneeskunde

- Een specialist ouderengeneeskunde kan een indicatie stellen voor geriatrische revalidatiezorg vanuit het ziekenhuis, eerstelijnsverblijf of de thuissituatie.
- Als een specialist ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar is vanuit het eerstelijnsverblijf dan brengt de specialist ouderengeneeskunde je zorgvraag al tijdens het verblijf in kaart en hoeft er geen apart geriatrisch assessment uitgevoerd te worden. Deze wordt dan ook niet vergoed.
- Als je vanuit de thuissituatie wordt verwezen naar geriatrische revalidatiezorg zonder dat er voorafgaand medisch specialistische zorg heeft plaatsgevonden, dan kan in bepaalde gevallen de specialist ouderengeneeskunde een geriatrisch assessment afnemen. Een voorwaarde voor een indicatie voor toegang tot geriatrische revalidatie is dan het vaststellen van de medische stabiliteit. Bij acute aandoeningen zal de specialist ouderengeneeskunde altijd contact opnemen met de behandelend medisch specialist of wordt er bij twijfel een medisch specialist geconsulteerd om de medische stabiliteit vast te stellen.

Wij vergoeden geriatrische revalidatie maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij je een langere periode toestaan. Hiervoor dient je zorgaanbieder 30 dagen voordat de zes maanden periode is verstreken een schriftelijke motivatie te uploaden naar onze afdeling zorg medisch (<https://www.asr.nl/service/zorgverzekering-upload>).

Machtigingsvereiste voor medisch specialistische revalidatiezorg bij een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Wij hebben met veel instellingen overeenkomsten afgesloten. Als je toch naar een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum wil gaan, dan moet je (om hoge eigen kosten te voorkomen), of je zorgaanbieder namens jou, voor de start van de behandeling een machtiging bij ons aanvragen. Om deze machtiging af te kunnen geven ontvangen wij:

- een verwijfsbrief van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist;
- bij een opname: de klinische opname indicatie, volgens de door de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) vastgestelde richtlijnen;
- het voorgestelde behandelplan. Hierin moet worden vermeld:
 - de behandeldoelen van de voorgestelde behandelingen
 - de interventies die aangeboden gaan worden binnen de voorgestelde behandeling
 - welke eerdere behandelingen hebben plaatsgevonden
 - diagnosecode
- de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.

Je aanvraag behandelen wij vertrouwelijk. Je kunt deze sturen aan onze medisch adviseur:

a.s.r.
t.a.v. medisch adviseur MSZ
Postbus 2072
3500 HB UTRECHT
Vermeld op de envelop: 'Vertrouwelijk'
Of uploaden naar: <https://www.asr.nl/service/zorgverzekering-upload>

18.25 Stoppen met roken

Wij vergoeden maximaal 1x per kalenderjaar de kosten van een stoppen-met-rokenprogramma. De stoppen-met-rokenbegeleiding moet bestaan uit geneeskundige zorg, met als doel te stoppen met roken. Zo nodig kan de stoppen-met-rokenbegeleiding in combinatie met een behandeling bestaande uit nicotine vervangende middelen of geneesmiddelen.

De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door de behandelend arts, verslavingsarts, medisch specialist, verloskundige of verpleegkundig specialist. Nicotine vervangende middelen of geneesmiddelen kun je bij een door a.s.r. gecontracteerde landelijke aanbieder halen met een door de behandelaar ingevuld aanvraagformulier 'stoppen met roken' of wanneer de huisarts dit voorschrijft met 'SMR' op het recept.

De gecontracteerde landelijke aanbieders kun je vinden via de zorgzoeker op <https://zorgzoeker.asr.nl>.

Stoppen-met-rokenbegeleiding en nicotine vervangende middelen en geneesmiddelen als onderdeel van stoppen-met-rokenbegeleiding zijn uitgezonderd van het eigen risico.

De zorgaanbieders die een stoppen-met-rokenbegeleiding aanbieden werken volgens de zorgstandaard 'Tabaksverslaving 2019 en addendum' en de CBO-richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning, herziening 2016'.

Het stoppen-met-rokenprogramma kun je volgen bij:

- een huisarts;
- medisch specialist;
- verslavingsarts;
- verloskundige;
- klinisch psycholoog;
- alle overige zorgaanbieders die staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken.

Het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken kun je vinden op <https://www.kabiz.nl/beroepen/beroep.aspx?onderwerp=stoppen-met-roken-coach>.

18.26 Trombosedienst

Wij vergoeden zorg door de trombosedienst.

De zorg betreft:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
- het verrichten van laboratoriumonderzoek voor het bepalen van de stollingstijd van je bloed;
- een opleiding die je wegwijs maakt met de apparatuur die de stollingstijd meet, en begeleiding bij de metingen zelf;
- het gebruik van apparatuur en toebehoren waarmee je de stollingstijd van je bloed kunt meten, als je bovengenoemde opleiding hebt gevolgd;
- het adviseren over de dosering van de geneesmiddelen die bloedstolling beïnvloeden.

Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

18.27 Verloskundige zorg en kraamzorg

Een verloskundige begeleidt en controleert vrouwen tijdens zwangerschap en bevalling. Een kraamverzorgende helpt de verloskundige of arts bij de bevalling en helpt na de bevalling, meestal gedurende een week, bij de verzorging van de moeder en het kind.

Jij en je kind hebben recht op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg en recht op de vergoeding van kosten voor kraamzorg. De verloskundige zorg mag worden verleend door een verloskundige, een huisarts of een medisch specialist. Dit kan ook zorg zijn in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg verstaan we hier: zorg verleend door een kraamverzorgende.

De kraamverzorgende is:

- verbonden aan een ziekenhuis;
- verbonden aan een kraamcentrum;
- verbonden aan een kraamhotel;
- verbonden aan een kraambureau;
- verbonden aan een geboortecentrum;
- zelfstandig werkend.

De kraamverzorgende verzorgt jou en je kind, en als het mogelijk is ook de huishouding. We kunnen hierbij de volgende situaties onderscheiden:

Bevalling en kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak

Wij vergoeden medisch specialistische zorg en opname in een ziekenhuis, voor jou en je kind, als een bevalling in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is. De zorg gaat in op de dag van de bevalling.

Bevalling en kraambed in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische noodzaak

Wij vergoeden verloskundige zorg en kraamzorg zonder medische noodzaak, voor jou en je kind.

De zorg gaat in op de dag van de bevalling. Voor de opname in het ziekenhuis of geboortecentrum dien je wel een eigen bijdrage te betalen. Per opnamedag geldt voor jou (de moeder) een eigen bijdrage van € 20,-. Ook voor je kind geldt een eigen bijdrage van € 20,-. Dit bedrag houden wij in op de maximale vergoeding per opnamedag van € 143,- voor jou en de maximale vergoeding van € 143,- voor je kind. Als het ziekenhuis of geboortecentrum een hoger bedrag in rekening brengt dan € 143,- voor jou en € 143,- voor je kind, dan is dat bedrag voor eigen rekening. Het aantal opnamedagen berekenen wij aan de hand van de opgave van het ziekenhuis, geboortecentrum of het kraambureau, dat betrokken is bij de aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

Toelichting: Een poliklinische bevalling tellen wij als één opnamedag.

Kraamzorg in een kraamhotel

Wij vergoeden kraamzorg in een kraamhotel voor jou (de moeder) en je kind, na de bevalling in een ziekenhuis of kraamhotel. Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 5,10 per uur. De hotelkosten blijven voor je eigen rekening.

Kraamzorg thuis na bevalling in een geboortecentrum, kraamhotel of ziekenhuis

Als je na de bevalling in een geboortecentrum, kraamhotel of ziekenhuis kraamzorg thuis ontvangt voor jou en je kind, brengen wij het aantal opnamedagen in mindering op het maximum aantal dagen (10) kraamzorg die wij vergoeden bij een bevalling en kraamzorg thuis, zoals hieronder beschreven. Het aantal opnamedagen berekenen wij aan de hand van de opgave van het geboortecentrum, kraamhotel, ziekenhuis of het kraambureau dat betrokken is bij de aanvullende kraamzorg na ontslag uit het geboortecentrum, kraamhotel of ziekenhuis.

Bevalling en kraambed thuis

Wij vergoeden verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) thuis.

Wij vergoeden ook:

- de inschrijving, intake (eenmalig, tenzij er zwaarwegende argumenten zijn) en de partusassistentie zoals vastgesteld aan de hand van het Landelijke Indicatie Protocol;
- 24 uur tot maximaal 80 uur kraamzorg verdeeld over maximaal 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het werkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van jou (de moeder) en je kind en wordt vastgesteld op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Per 1 januari 2024 is het volgens de wet mogelijk om tot maximaal 6 weken na de bevalling kraamzorg te krijgen. Op dit moment wordt het Landelijke Indicatieprotocol gehanteerd om te bepalen hoeveel uren zorg nodig is, waarin het maximum aan kraamzorg 10 dagen is. Tot de sector kraamzorg een nieuw indicatieprotocol heeft vastgesteld zal de indicatie verlopen via de richtlijnen die zijn opgenomen in het Landelijk Indicatieprotocol en het maximum van 10 dagen blijven gelden. Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 5,10 per uur.

Je kunt zelf een (gecontracteerd) kraamzorgbureau kiezen en kraamzorg aanvragen via de zorgzoeker op <https://zorgzoeker.asr.nl>.

Prenatale screening

Wij vergoeden prenatale screening. Hieronder verstaan wij:

- counseling: hiermee bedoelen wij informatieverstrekking over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen (zodat je een weloverwogen beslissing kan nemen). Je zorgaanbieder dient te beschikken over een vergunning krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek.
- structureel echoscopisch onderzoek: een structureel echoscopisch onderzoek wordt alleen vergoed als er sprake is van een samenwerkingsafpraak tussen je zorgaanbieder en een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat over een vergunning krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek beschikt.
- niet-invasieve prenatale test (NIPT): recht op vergoeding bij een medische indicatie. Je betaalt hiervoor geen eigen risico. Als je geen medische indicatie hebt wordt de NIPT betaald uit de rijksbegroting.
- invasieve diagnostiek: alleen als je vanuit je medische historie een verhoogd risico hebt op een kindje met syndroom van Down, Edwards of Patau of er een aanmerkelijke kans op een chromosomale afwijking aangetoond is door middel van NIPT. Het gaat hierbij om de vlokkentest en vruchtwaterpunctie.

Preconceptieconsult

Wij vergoeden het preconceptieconsult. Het betreft hierbij de zorg die beschreven is in de NHG-richtlijn 'preconceptie-zorg' geleverd door een verloskundige, mits zij bevoegd en bekwaam is om deze zorg te leveren. De verloskundige levert deze zorg in samenwerking met de huisarts.

Plaatsen IUD door verloskundige vergoed

Het plaatsen van een IUD (Intra Uterine Device; spiraaltje) door een huisarts, in het ziekenhuis of door een verloskundige wordt door ons vergoed. Voor het plaatsen van een IUD door de huisarts en verloskundige geldt dat het eigen risico niet van toepassing is. Het eigen risico is wel van toepassing over de kosten van een IUD, welke je bij de apotheek kan halen. Ook bij plaatsing in het ziekenhuis is het eigen risico van toepassing.

18.28 Verpleging en verzorging

Verpleging en verzorging richt zich op je lichamelijke gezondheid en op het bevorderen van je zelfredzaamheid in je eigen woonomgeving.

Verpleging en verzorging

Wij vergoeden verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop.
- niet voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo), de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Jeugdwet;
- niet samengaat met verblijf.

Voor meer informatie over vergoedingen verwijzen wij je naar: www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/wijkverpleging

Kwalificaties

Om te bepalen hoeveel zorg je nodig hebt stelt een hbo-wijkverpleegkundige een indicatie vast en op basis daarvan een zorgplan op. Er gelden een aantal eisen voor deze indicatiestelling en het zorgplan.

De indicatiestelling voor verpleging en verzorging (zowel Zorg in Natura als Zvw-pgb):

- wordt gesteld door een hbo-wijkverpleegkundige met een geldige BIG-registratie. Voor kinderen tot 18 jaar geldt dat de indicatie gesteld moet worden door een hbo-verpleegkundige met kinderaantekening. Je kunt ook naar een hbo (kinder) wijkverpleegkundige die in het bezit is van het KIWA-keurmerk voor ZZP-ers;
- wordt vastgesteld volgens het "Normenkader voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving" van de V&VN;
- daarnaast wordt bij kinderen tot 18 jaar deze ook vastgesteld volgens de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) en heeft de hbo-kindervijkverpleegkundige de HIK-training gevolgd;
- in het geval van niet-gecontracteerde zorg dient de hbo-wijkverpleegkundige die de indicatie stelt aangesloten te zijn bij een netwerk of sociaal wijkteam.

De wijkverpleegkundigen die indicaties stellen houden de status van hun bijscholing bij voorkeur bij via het kwaliteitsregister van V&VN.

De wijkverpleegkundige stelt je zorgbehoefte vast vanuit het uitgangspunt: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Dat betekent dat de wijkverpleegkundige vaststelt hoe je zoveel mogelijk 'zelf' eventueel met behulp van hulpmiddelen, technologieën en uw eigen netwerk je zorgvraag kan opvangen, en dit in de indicatie meeneemt.

Op basis van de gestelde indicatie stelt de BIG-geregistreerde hbo-(kinder)wijkverpleegkundige samen met jou een actueel en dynamisch zorgplan op. Dat wil zeggen dat het zorgplan regelmatig geëvalueerd wordt en daar waar de zorgvraag verandert, wordt het zorgplan aangepast aan de dan geldende situatie. Dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde hbo-(kinder)wijkverpleegkundige. In het zorgplan staat in ieder geval informatie over de aard (zorgfuncties en zorghandelingen), omvang, duur en doelen van de zorg en het gewenste resultaat.

De hbo-wijkverpleegkundige legt schriftelijk vast dat het zorgplan met jou of je (wettelijke) vertegenwoordiger is besproken en dat is ingestemd met het zorgplan. Ook als er grote wijzigingen over de aard en/of doelen van de zorg worden doorgevoerd in het zorgplan dient uit het zorgplan te blijken dat dit is besproken met jou of je (wettelijke) vertegenwoordiger en dat is ingestemd met de wijziging. Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders geldt dat jij of je (wettelijke) vertegenwoordiger het zorgplan bij de start en bij grote wijzigingen van de zorg moet ondertekenen.

De zorg moet worden uitgevoerd door gekwalificeerd personeel. Bij de inzet van een helpende niveau 2 dient er altijd een achterwacht/begeleider vanaf niveau 4 fysiek bereikbaar en aanspreekbaar te zijn voor de helpende niveau 2. Ook vindt de inzet van helpende niveau 2 plaats onder eindverantwoordelijkheid van een hbo- of masterverpleegkundige in loondienst. Bij niet-gecontracteerde aanbieders geldt dat de zorg geleverd wordt door minimaal niveau 3, inzet van niveau 2 is niet toegestaan. Daarnaast geldt voor zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg aan kinderen tot 18 jaar dat de zorg geleverd wordt door een kinderverpleegkundige.

Wij vergoeden geen:

- zorg vanuit de aanspraak verpleging en verzorging die wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of door zorgverleners die tevens familie zijn in de eerste of tweede graad. Hiervoor is het Zvw-pgb wel toegankelijk, conform het Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze

Ga je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Dan dien je voorafgaand aan het ontvangen van zorg toestemming bij ons aan te vragen voor de vergoeding van deze zorg via het aanvraagformulier. Als de zorg meteen moet starten, bijvoorbeeld bij ontslag uit het ziekenhuis waarbij verpleging en/of verzorging thuis nodig is, dan kan dat, ook als wij nog geen toestemming hebben gegeven. Het aanvraagformulier moet wel ingediend zijn binnen 10 dagen nadat de zorg is gestart. De vergoeding gaat niet verder terug dan deze 10 dagen en alleen de zorg die rechtmatig en doelmatig is en onder de aanspraak verpleging en verzorging valt wordt vergoed.

Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan declareer je zelf de nota's van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het is niet mogelijk dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieder namens jou de nota bij ons declareert (dit kan wel bij gecontracteerde zorg). Wij maken het bedrag op de nota over op jouw rekeningnummer. Hierbij geldt dat wij pas uitbetalen als je toestemming van ons hebt voor de vergoeding van de betreffende zorg.

Wij vergoeden tot ten hoogste 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Dit kan betekenen dat als de nota hoger is dan het door ons vergoede tarief, je een gedeelte van de nota zelf betaalt. De maximale tarieven vind je op onze website. Als je er zeker van wilt zijn dat je geen extra kosten maakt, dan adviseren wij je naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaan. Wij hebben in alle regio's zorgaanbieders gecontracteerd. Of een zorgaanbieder gecontracteerd is vind je op <https://zorgzoeker.asr.nl>. In uitzonderingssituaties kan het voorkomen dat het ons ook niet lukt om een passend zorgaanbod te vinden op de korte termijn. In dat geval is het mogelijk om, na toestemming van ons, gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder tegenover volledige vergoeding (maximaal NZa-tarief) van de zorg voor een overbruggingsperiode van 6 weken. Deze periode kan worden verlengd met 6 weken, totdat de gecontracteerde aanbieder plek heeft om je in zorg te nemen. Wil je na de overbruggingsperiode in zorg blijven bij de niet-gecontracteerde aanbieder, dan valt de vergoeding terug naar 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 3 (Vergoeding van zorg).

Toestemming vragen voor vergoeding niet gecontracteerde verpleging en verzorging

Toestemming voor vergoeding van niet-gecontracteerde zorg vraag je aan via het formulier 'machtigingsaanvraag niet-gecontracteerde wijkverpleging'.

Als je de machtiging bij ons aanvraagt, moet je met het formulier de volgende informatie meesturen:

- de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
- een kopie van het diploma van de BIG-geregistreeerde minimaal hbo-(kinder)wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
- en in het geval van palliatief terminale zorg dient uit de indicatie en het zorgplan te blijken wat de hbo- wijkverpleegkundige met de huisarts en naasten heeft besproken over de zorginzet gedurende de laatste levensfase, op welke wijze dit ingevuld gaat worden en met onderbouwing van de zorg die ingezet zal worden. Uit de indicatie dient ook te blijken dat de hbo-wijkverpleegkundige de verzekerde en naasten over de mogelijkheid van overlijden in een hospice of instelling voor eerstelijnsverblijf heeft geïnformeerd.

Vervolgens beoordelen wij je aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Wij beoordelen de doelmatigheid door onder andere je indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij jouw zorgbehoefte. Als wij bepaalde zorg niet doelmatig vinden, nemen wij hierover contact op met de indicerende wijkverpleegkundige. Vinden wij bepaalde zorg na dat contact nog steeds niet doelmatig, dan kennen wij voor die zorg geen machtiging toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. Wij leggen altijd uit waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij om een herbeoordeling van de indicatie vragen. Dat betekent dat wij een tweede, onafhankelijke wijkverpleegkundige vragen om de geldende indicatie opnieuw te beoordelen (herbeoordeling). De eerste wijkverpleegkundige behoudt de regie over de indicatie. Na de toetsing door een tweede wijkverpleegkundige moet het oordeel/advies van deze wijkverpleegkundige voorgelegd worden aan de eerste wijkverpleegkundige. Na overleg tussen beide wijkverpleegkundigen (interview) beoordeelt de eerste wijkverpleegkundige of de herbeoordeling tot aanpassing van de indicatie leidt.

Een aanpassing van de indicatie zal door de eerste wijkverpleegkundige moeten worden onderbouwd. Wij zullen deze nieuwe indicatiestelling opnieuw beoordelen op doelmatigheid en een machtiging afgeven. Het is ook mogelijk dat je zelf om een herbeoordeling (dit heet dan een second opinion) van de indicatie vraagt, maar dit kan alleen met goedkeuring van ons.

Wij vergoeden geen:

- zorg vanuit de aanspraak verpleging en verzorging die wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of zorgverleners die tevens familie zijn in de eerste of tweede graad. Hiervoor is het Zvw-pgb wel toegankelijk, conform het Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze 2024.

Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb)

Als je zelf je verpleging en verzorging wilt inkopen, kun je een Zvw-pgb bij ons aanvragen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn lees je in het Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze. Dit reglement maakt deel uit van deze polis.

Het Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze 2024 kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Zorg aan kinderen met een complexe zorgvraag

Wij vergoeden verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar met een complexe zorgvraag, waarbij de zorgvraag samenhangt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Als de verzorging zich niet focust op de zorgvraag, maar op het ondersteunen en aanleren van vaardigheden die leiden tot het vergroten van de zelfredzaamheid van het kind, dan wordt de zorg vergoed vanuit de Jeugdwet.

Verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kindertehuizen

Je hebt recht op Verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kindertehuizen als je jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op intensieve kindzorg. Tevens is er bij jou sprake van een behoefte aan permanent toezicht, of 24 uur per dag zorg in de nabijheid en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen. Om aanspraak te kunnen maken op verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in een kindertehuis dien je verwezen te zijn door een medisch specialist. Verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kindertehuizen kunnen niet middels een Zvw-pgb worden vergoed.

Palliatief terminale zorg

In de laatste levensfase is het gebruikelijk dat de hbo-wijkverpleegkundige en de huisarts je situatie bespreken en bekijken of er meer zorg nodig is doordat de laatste levensfase is aangebroken. De hbo-wijkverpleegkundige bespreekt met jou en je naasten welke vorm van zorg gewenst is en welke rol anderen zoals mantelzorgers, je netwerk en/of vrijwilligers kunnen spelen. Hierbij worden jij en je naasten ook geïnformeerd over de mogelijkheid van overlijden in een hospice of instelling voor eerstelijnsverblijf en geeft de hbo-wijkverpleegkundige aan wanneer het niet verantwoord is om thuis te blijven. Van de hbo-wijkverpleegkundige wordt verwacht dat hij/zij de zorginzet en de conclusies van het overleg met de huisarts en je naasten over het aanbreken van de laatste levensfase vastlegt in het zorgdossier. Dit dient zodanig vastgelegd te worden dat deze voor de zorgverzekeraar opvraagbaar en navolgbaar is. Voor Zvw-pgb geldt dat je een verklaring van je behandelend arts dient aan te leveren waaruit blijkt dat jouw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Voor je zorgaanbieders die palliatieve zorg leveren gelden de volgende voorwaarden:

- Er zijn 24/7 verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5 beschikbaar, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen palliatieve zorg van de V&VN).
- De zorg wordt geleverd overeenkomstig het Kwaliteitskader Palliatieve zorg NL en de richtlijnen voor palliatieve zorg van IKNL (www.pallialine.nl).
- De zorgaanbieder werkt volgens de Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0 en het Zorgpad Stervensfase.
- De zorgaanbieder maakt gebruik van VPTZ-vrijwilligers (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg). Zij bieden ondersteuning, rust en concrete hulp in de laatste levensfase.

18.29 Ziekenvervoer

Ambulancevervoer kan spoedvervoer (meestal via 112) of vooraf besteld vervoer zijn. De zorg tijdens het vervoer wordt verzorgd door verpleegkundigen en chauffeurs die daarvoor speciaal zijn opgeleid.

Bij bepaalde medische indicaties kun je gebruik maken van ziekenvervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto).

Ambulancevervoer

Wij vergoeden medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, als ander vervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is. De maximale afstand die wij vergoeden is 200 kilometer, tenzij wij je toestemming geven voor een langere afstand.

Het moet hierbij gaan om vervoer per ambulance:

- naar een zorgveraanbieder waarin je zorg ontvangt. De kosten van deze zorg moeten geheel of gedeeltelijk gedekt zijn op deze verzekering;
- naar een instelling waarin je op kosten van de Wlz gaat verblijven;
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder waarin je geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of een behandeling ondergaat;
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
- als je jonger dan 18 jaar bent: naar een zorgaanbieder voor behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg;
- van bovengenoemde zorgaanbieders naar je woning of naar een andere woning, als je in je woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen.

Wij vergoeden geen:

- vervoer in verband met zorg voor een dagdeel in een Wlz-instelling.

Ziekenvervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto)

Wij vergoeden, van en naar de hierboven bij 'Ambulancevervoer' genoemde zorgaanbieder, vervoer per openbaar vervoer in de laagste klasse, taxi of vervoer met je eigen auto tot maximaal 200 kilometer als:

- je een nierdialyse moet ondergaan. Wij vergoeden ook de vervoerskosten ten behoeve van consulten, (na)controles en (bloed)onderzoek;
- je oncologische behandelingen met chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie moet ondergaan. Wij vergoeden ook de vervoerskosten ten behoeve van consulten, (na)controles en (bloed)onderzoek;
- je (tijdelijk) rolstoelafhankelijk bent en vervoerd moet worden van en naar een zorgaanbieder waar je zorg krijgt die op deze verzekering is gedekt;
- je (tijdelijk) visueel gehandicapt bent en je niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden van en naar een zorgaanbieder waar je zorg krijgt die op deze verzekering is gedekt;
- je jonger bent dan 18 jaar en zorg ontvangt vanuit de aanspraak verpleging en verzorging (als onderdeel van zorg aan kinderen met een intensieve zorgvraag). Het moet gaan om medisch noodzakelijk vervoer van en naar het verpleegkundig kinderdagverblijf;
- vervoer van een begeleider, als je noodzakelijke begeleiding nodig hebt of jonger bent dan 16 jaar. Er is alleen vergoeding mogelijk voor de gereden kilometers van een begeleider als de verzekerde die begeleiding nodig heeft op dat moment aanwezig is het vervoersmiddel;
- je behandelingen moet ondergaan in het kader van geriatrische revalidatiezorg;
- je dagbehandeling nodig hebt in een groep als onderdeel van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als bedoeld in artikel 18.11.

Indien je taxivervoer nodig hebt voor één van de bovenstaande indicaties dan heb je vooraf geen toestemming nodig.

Voor eigen vervoer of openbaar vervoer heb je vooraf onze toestemming nodig. Hiervoor hebben wij een verklaring van je behandelend arts nodig.

Als wij toestemming verlenen, kunnen we voorwaarden stellen aan de wijze van vervoer. Wij kunnen je hierbij eventueel ook toestemming verlenen voor vervoer naar een zorgaanbieder over een langere afstand dan 200 kilometer.

Kies je voor een niet-gecontracteerde aanbieder

Maak je voor zittend ziekenvervoer gebruik van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij tot ten hoogste 100% van het gemiddelde tarief in de markt. Dit kan betekenen dat je een gedeelte van de nota zelf betaalt.

Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 3 (Vergoeding van zorg).

Onze maximale tarieven kun je vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen.

Gecontracteerde zorgaanbieders kun je vinden op <https://zorgzoeker.asr.nl>.

Voor vergoeding van taxivervoer kun je contact opnemen met Transvision. Transvision verzorgt het taxivervoer voor je.

Via VITA mobiliteit kunt u direct een online reservering maken bij Transvision. Transvision kun je bereiken op 0900-33 33 33 0 (15 cent per minuut).

Hardheidsclausule bij ziekenvervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto)

Als je niet onder de hierboven bij 'ziekenvervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto)' genoemde criteria valt, kun je recht hebben op vergoeding van ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule als je door een ziekte of een aandoening voor langere tijd vervoer nodig hebt. Om te berekenen of je voor vergoeding in aanmerking kunt komen, kun je zelf een berekening maken via de volgende link:

www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/hardheidsclausule-bij-vervoer-zvw.

Hierbij geldt de voorwaarde dat wij de zorg waarvoor het vervoer bestemd is uit de basisverzekering vergoeden.

Je hebt vooraf akkoord van ons nodig. Je kunt dit aanvragen via het aanvraagformulier op:

www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Logeerkosten in plaats van vervoer

Je kunt een aanvraag doen voor logeerkosten in plaats van vervoerskosten als je minstens drie achtereenvolgende dagen vervoer nodig hebt naar een zorgaanbieder en je recht hebt op vervoer volgens de hierboven genoemde voorwaarden voor 'ziekenvervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto)'. Deze kennen wij toe als redelijkerwijs te verwachten is dat logeren minder belastend voor je is dan vervoer op drie opeenvolgende dagen. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 89,- per nacht. Je komt ook in aanmerking voor vergoeding van de heen- en terugreis vanaf je woonadres naar de locatie waar je logeert. Eventuele reiskosten tussen de locatie waar je logeert en de locatie waar je zorg ontvangt, komen niet voor vergoeding in aanmerking als je kiest voor logeren in plaats van vervoer.

Je kunt een aanvraag voor logeerkosten indienen via www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/ziekenvervoer. Bij de declaratie van de logeerkosten hebben wij een factuur van het betreffende verblijf nodig. Zonder factuur komen de logeerkosten niet in aanmerking voor vergoeding. Voor de logeerkosten is geen eigen bijdrage verschuldigd. Voor de heen-en terugreis is wel eigen bijdrage verschuldigd.

Eigen bijdrage

Voor ziekenvervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 118,- per kalenderjaar.

De eigen bijdrage geldt niet voor:

- vervoer vanaf een instelling waarin je bent opgenomen naar een andere instelling waarin je wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. De kosten van beide opnames moeten gedekt zijn door de basisverzekering of door de Wlz;
- vervoer heen en terug vanuit een instelling waarin je bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling, dat/die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Het onderzoek of de behandeling moeten gedekt zijn door deze basisverzekering, de opname moet gedekt zijn door deze basisverzekering of de Wlz;
- vervoer heen en terug vanuit een instelling waarin je bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling, die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Zowel de behandeling als opname moeten zijn gedekt onder de Wlz;
- logeerkosten binnen de 'logeerkosten in plaats van vervoer'-optie.

Kilometervergoeding bij gebruik eigen auto

De vergoeding voor het gebruik van je eigen auto is € 0,38 per kilometer volgens de snelst gebruikelijke route. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van Google Maps.

Andere middelen van vervoer

Als ziekenvervoer per ambulance, per auto, per taxi of openbaar vervoer niet mogelijk is, kunnen wij je toestemming verlenen een ander vervoermiddel te gebruiken. Je moet dit vooraf bij ons aanvragen.

18.30 Zintuiglijk gehandicapten zorg (ZG-zorg)

Zintuiglijk gehandicaptenzorg is een behandeling voor als je doof of slechthorend bent, blind of slechthorend of als je ernstige moeilijkheden hebt met spraak en/of taal door een taalontwikkelingsstoornis. Bij de behandeling zijn meerdere specialisten betrokken (multidisciplinaire zorg).

Algemeen

Wij vergoeden multidisciplinaire zorg (zorg waarbij diverse specialisten betrokken zijn) in verband met:

- een auditieve beperking (je bent doof of slechthorend);
- een visuele beperking (je bent blind of slechthorend);
- een communicatieve beperking (je hebt ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal) als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis en je bent niet ouder dan 23 jaar.

De geleverde zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee je zelfredzaamheid vergroten;
- verblijf dat geleverd wordt in combinatie met extramurale ZG-zorg.

Naast de behandeling van de persoon met een zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirecte) systeemgerichte 'medebehandeling' van ouders/verzorgenden, kinderen en volwassenen, rond de persoon met een zintuiglijke beperking. Deze personen leren vaardigheden aan in het belang van de persoon met de beperking. In geval er sprake is van het 'medebehandelen' vallen alle kosten onder de verzekering van de persoon met de zintuiglijke handicap.

Zorgaanbieder

Je mag voor deze zorg uitsluitend naar één van de auditieve, visuele of communicatieve centra zoals vermeld op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/ikkieszelf.

Indicatievereisten

Je moet voldoen aan de volgende indicatievereisten:

- Je moet voldoen aan één van de volgende indicatievereisten: Auditieve beperking zoals vastgesteld in de richtlijnen van de Nederlandse Federatie van Audiologische Centra (FENAC) voor vaststelling van een auditieve beperking;
- Visuele beperking zoals vastgesteld in de richtlijnen van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) voor vaststelling van een visuele beperking;
- Communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS) zoals vastgesteld in de richtlijnen van de Nederlandse Federatie van Audiologische Centra (FENAC). Er is sprake van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis als de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Daarnaast is een voorwaarde dat de taalontwikkelingsstoornis primair is, dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologisch) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis;
- Een combinatie van de hierboven genoemde beperkingen.

Verwijzing

- Voor ZG-zorg bij een auditieve en/of communicatieve beperking heb je een verwijzing van een klinisch fysisch audioloog van een audiologisch centrum of een medisch specialist op basis van diagnostische gegevens nodig waaruit blijkt dat je voldoet aan de inclusiecriteria voor de te verzekeren prestatie ZG (artikel 2.5.a. van het Besluit zorgverzekering).
- Voor Visuele ZG-zorg heb je een verwijzing nodig van een medisch specialist op grond van de evidence based NOG richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing.

- Is bij jou in het verleden de ZG-stoornis al vastgesteld door een klinisch fysisch audioloog, oogarts of medisch specialist en ontstaat er een ZG-gerelateerde zorgvraag, zonder dat er een wijziging van de ZG-stoornis is opgetreden? Dan mag je ook worden doorverwezen door een huisarts of jeugdarts. Er is geen nieuwe verwijzing nodig voor verzekerden met een visuele beperking met een eenvoudige revalidatievraag (passend binnen zorgprogramma 11).

Medische eindverantwoordelijkheid

De medische eindverantwoordelijkheid dient als volgt door de aanbieder ingevuld te worden:

- Bij een auditieve en/of communicatieve stoornis:
Een BIG-geregistreerde GZ-psycholoog is altijd eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en het zorgplan. Voor kinderen en jeugdigen tot 23 jaar kan ook een orthopedagoog-generalist eindverantwoordelijk zijn voor de geleverde zorg en het zorgplan. Bij de zorg kunnen andere disciplines betrokken zijn. De activiteiten van deze disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de ZG-zorg worden gesteld.
- Bij een visuele stoornis:
Een oogarts of BIG-geregistreerde GZ-psycholoog is altijd eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg en het zorgplan. Bij de zorg kunnen andere disciplines betrokken zijn. De activiteiten van deze disciplines beperken zich in dat geval tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan de ZG-zorg worden gesteld.

Het Besluit zorgverzekering kun je vinden via <https://wetten.overheid.nl/zoeken>

Wij vergoeden geen:

- onderdelen van zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
- complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven (doof/slechthorend geworden vóór de leeftijd van 3 jaar);
- de zorg aan verzekerden met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingstoornis vanaf 23 jaar.

19. Uitsluitingen

Wij vergoeden geen:

- zorg die vanuit de Wlz, Jeugdwet, Wmo of andere wettelijke regeling(en) voor vergoeding in aanmerking komt;
- eigen bijdrage die je betaalt volgens de Wlz, Wmo;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
- behandelingen in een privékliniek;
- vaccinaties tegen griep;
- alternatieve geneeswijzen;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de verzekerde, als deze niet medisch noodzakelijk is;
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- geneesmiddelen ter voorkoming van ziekte tijdens een reis;
- kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofiel gaas bij verloskundige zorg;
- kosten omdat je niet op een afspraak bij een zorgaanbieder bent verschenen;
- consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen het gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij wij hiervoor toestemming hebben verleend;
- schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;

- volledige schade als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaart-verzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar. Je krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de NHT. Op grond van artikel 33 en 55 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) kan de overheid als gevolg van een catastrofe, zoals terroristische handelingen, een extra bijdrage leveren aan de zorgverzekeraars en hun verzekerden.

Clausule Terrorisme

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT). De tekst van de clausule terrorismedekking kun je bij ons opvragen.

Contactgegevens

Ik kies zelf van a.s.r.

www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/ikkieszelf

WhatsApp: 06 - 434 624 63

SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International

Telefoon +31 (0)30 257 35 75

E-mail info@sosinternational.nl

α.s.r.

Zorgverzekeringen

Archimedeslaan 10

3584 BA Utrecht

www.asr.nl

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V., KVK 32110828 Utrecht

ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., KVK 32110823 Utrecht

ASR Wlz-Uitvoerder B.V., KVK 62360337 Utrecht