Bekijk online versie >



Polisvoorwaarden basisverzekeringen vanaf 1 januari 2027

Alles Verzorgd Polis en Zelf Bewust Polis

De Friesland

65400 2701

Polisvoorwaarden basisverzekeringen vanaf 1 januari 2027

Inhoud

1. Algemene informatie

2. Algemene Voorwaarden

3. Inhoud van de verzekering

4. Begripsomschrijvingen

Inhoudsopgave

1. Algemene informatie 4

1.1. Voordelen voor alle verzekerden van De Friesland 4

1.2. Zorgaanbieders en vergoedingen 4

1.2.1. Hoe weet je of bepaalde zorg vergoed wordt? 4

1.2.2. Vergoeding voor een bepaalde behandeling? 4

1.2.3. Vergoeding voor medicijnen? 4

1.2.4. Vergoeding van een bepaalde zorgaanbieder? 4

1.2.5. Wachtlijstbemiddeling 5

1.3. Klachtafhandeling 5

1.4. Verwerking van je aanmelding 5

1.5. Voorafgaande toestemming 5

1.6. Mijn De Friesland 5

1.7. Digitale communicatie 5

1. Algemene informatie

Deze verzekeringsvoorwaarden horen bij jouw zorgverzekering bij De Friesland. Hierin kun je bijvoorbeeld opzoeken welke zorg wordt vergoed in de basisverzekering. Daarnaast leggen we uit hoe je eenvoudig een nota kunt indienen, hoe je opzoekt of een specifieke zorgaanbieder door ons wordt vergoed en op welke manier je contact met ons kunt opnemen.

Deze voorwaarden kun je ook vinden op onze website defriesland.nl. Hier vind je daarnaast nog meer informatie over jouw zorgverzekering en hebben we veelgestelde vragen alvast voor je beantwoord. Heb je toch nog vragen? Bel dan gerust met ons of maak een afspraak om langs te komen in ons servicepunt in Leeuwarden.

1.1. Voordelen voor alle verzekerden van De Friesland

Je kunt bij De Friesland rekenen op goede producten tegen een scherpe premie. Maar ook willen wij jou graag nog wat extra zorg en voordeel bieden. Zo hebben we Dokter Appke. Met deze app krijg je snel en persoonlijk antwoord op je gezondheidsvragen. Dit antwoord wordt verzorgd door een team van ervaren medisch verpleegkundigen en artsen. Dokter Appke is er elke dag van de week en je kunt zowel appen als bellen. Ook hebben we met een aantal opticiens afspraken gemaakt waardoor je voordelig of met extra's een bril of contactlenzen kunt kopen. Kijk voor meer informatie over al jouw voordelen bij De Friesland op onze website.

Kraampakket

Alle aanstaande moeders die bij De Friesland staan ingeschreven hebben vanaf de zesde maand van de zwangerschap recht op een gratis kraampakket. Dit bevat onder andere kraammatrasjes, kraamverband, steriele gaasjes, watten enz. Je kunt het kraampakket aanvragen via onze website of telefonisch bij onze Klantenservice.

1.2. Zorgaanbieders en vergoedingen

1.2.1. Hoe weet je of bepaalde zorg vergoed wordt?

Wanneer je zorg nodig hebt, wil je natuurlijk ook weten of De Friesland deze zorg vergoedt. Dit kun je daarom gemakkelijk in de verzekeringsvoorwaarden en op onze website opzoeken. Heb je toch nog vragen? Onze medewerkers helpen je graag verder.

1.2.2. Vergoeding voor een bepaalde behandeling?

Het is belangrijk vooraf te weten of er sprake is van een eigen bijdrage voor jouw behandeling en of de geneesmiddelen of hulpmiddelen die je nodig hebt door jouw verzekering worden vergoed. De vergoeding van specifieke behandelingen en middelen kun je vinden in deze voorwaarden. Ook vind je hier of er bepaalde voorwaarden aan de behandelaar worden gesteld.

1.2.3. Vergoeding voor medicijnen?

Wil je weten of jouw voorgeschreven medicijnen door De Friesland worden vergoed? Noteer dan de naam en registratienummer (ZI-nummer c.q. KNMP- nummer) van het medicijn en neem contact op met onze afdeling Klantcontact. Zij kunnen je vertellen of jouw medicijn wel of niet vergoed wordt, of er een eigen bijdrage voor dit medicijn is die je zelf dient te betalen, en of er een machtiging voor dit medicijn nodig is.

1.2.4. Vergoeding van een bepaalde zorgaanbieder?

Zoek je informatie over zorgaanbieders waar De Friesland een overeenkomst mee heeft gesloten? Deze vind je op onze website. In onze Zorgzoeker kun je een keuze maken voor het soort zorgaanbieder en woonplaats.

Let op!

Het kan gebeuren dat een zorgovereenkomst met een zorgaanbieder wordt beëindigd. Wij adviseren je daarom voordat je zorg nodig hebt altijd contact met ons op te nemen of op de website na te kijken of jouw zorgaanbieder nog steeds een overeenkomst met ons heeft.

1.2.5. Wachtlijstbemiddeling

Per zorgaanbieder zijn er soms grote verschillen in de wachttijden voor zorg. Als je te maken krijgt met een lange wachttijd gaat De Friesland, als je dat wilt, voor jou op zoek naar een andere zorgaanbieder waar je sneller geholpen kunt worden. Dit kan in jouw regio zijn, maar ook daarbuiten. Wil je van deze service gebruikmaken, dan kun je contact opnemen met een wachtlijstcoördinator van De Friesland. Dit kan via onze website of telefonisch via telefoonnummer (058) 291 33 00.

1.3. Klachtafhandeling

De Friesland besteedt veel tijd en aandacht aan het afhandelen van klachten. Een klacht zien wij als een mogelijkheid om onze informatievoorziening en dienstverlening verder te verbeteren. Je kunt jouw klacht per brief, telefonisch of via onze website indienen. Na ontvangst van je klacht ontvang je van ons een ontvangstbevestiging. In de bevestiging staat wanneer je antwoord kunt verwachten. Wil je meer weten? Verderop in deze verzekeringsvoorwaarden gaan wij nader in op de klachtafhandeling. Ook kun je meer informatie vinden op onze website.

1.4. Verwerking van je aanmelding

De administratieve verwerking van je aanmelding vindt binnen vijf werkdagen plaats. Voorwaarde is wel dat De Friesland over de juiste informatie en documenten beschikt die voor inschrijving nodig zijn.

1.5. Voorafgaande toestemming

Niet iedere behandeling wordt automatisch vergoed. Soms heb je eerst voorafgaande toestemming van De Friesland nodig. Dit geldt voor sommige behandelingen, geneesmiddelen of aanschaf van bepaalde hulpmiddelen. Als dit het geval is, is dit in hoofdstuk 3 Inhoud van de verzekering bij het betreffende artikel vermeld. De Friesland probeert je aanvraag altijd binnen vijf werkdagen af te handelen. Bij onvoldoende informatie kan deze termijn oplopen tot tien werkdagen. Voor een snelle afhandeling hebben wij bij jouw aanvraag daarom in ieder geval de volgende informatie nodig:

a. jouw naam, geboortedatum, adres, woonplaats en verzekerdennummer;
b. de aandoening die behandeld wordt;
c. de aard van de behandeling of voorziening;
d. de duur van de behandeling;
e. de naam en functie van de behandelaar en/of aanvrager.

Jouw behandelend arts kan de aanvraag voor je invullen.

1.6. Mijn De Friesland

Je kunt als verzekeringnemer o.a. je declaraties inzien en polisgegevens raadplegen en wijzigen in Mijn De Friesland, via een per DigiD beveiligde online verbinding. Meer informatie over Mijn De Friesland vind je op onze website.

1.7. Digitale communicatie

Heb je, als verzekeringnemer of verzekerde, ons uitdrukkelijk toestemming verleend voor het digitaal toesturen van de polis en van mededelingen en andere communicatie-uitingen? Dan verloopt alle communicatie tussen jou en De Friesland online, voor zover wet- en regelgeving hieraan niet in de weg staan.

Let op!

Alle informatie over jouw verzekering is digitaal beschikbaar. Wil je als verzekeringnemer jouw post op papier (blijven) ontvangen? Dan betaal je (verzekeringnemer) een bijdrage voor de kosten van papieren post (zoals rekeningen en declaratieoverzichten). De kosten zijn € 1,50 per maand. Je betaalt geen bijdrage voor het polisblad en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de bijdrage voor papieren post vind je op defriesland.nl.

Inhoudsopgave

2. Algemene Voorwaarden 8

2.1. Algemene bepalingen 8

2.2. Grondslag en dekkingsgebied 8

2.3. Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven? 8

2.4. Begin en einde van de verzekering 8

2.4.1. Aanmelden 8

2.4.2. Beëindigen 10

2.5. Herziening van premie of voorwaarden 11

2.6. Onterechte verzekering 12

2.7. Dekking 12

2.7.1. Omvang van de dekking 12

2.7.2. Naturaverzekering 13

2.7.3. Gecontracteerde zorgaanbieders 13

2.7.4. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders 14

2.7.5. Bemiddeling als zorg niet tijdig beschikbaar is 14

2.7.6. Acute zorg 14

2.7.7. Betaling aan de zorgaanbieder 14

2.7.8. Eigen bijdrage 15

2.7.9. Beëindigen overeenkomst met zorgaanbieder 15

2.7.10. Buitenland 15

2.7.11. Dekkingsperiode 16

2.7.12. Terrorismerisico 17

2.7.13. Uitsluitingen 17

2.8. Eigen risico 18

2.8.1. Verplicht eigen risico 18

2.8.2. Vrijwillig eigen risico 18

2.8.3. Wanneer is het eigen risico niet van toepassing 18

2.8.4. Berekening vrijwillig en verplicht eigen risico 19

2.9. Premiebetaling 20

2.10. Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde 22

2.11. Fraude 23

2.12. Geschillen 23

2.13. Verhaal op derden 24

2.14. Aansprakelijkheidsbeperking 24

2.15. Registratie persoonsgegevens 24

2.16. Klachten over formulieren 25

2.17. Indienen van je nota 26

2. Algemene Voorwaarden

2.1. Algemene bepalingen

a. In deze voorwaarden bedoelen wij met ‘je/jij/jou': jou als verzekerde. Als wij met ‘je/jij/jou’ jou als verzekeringnemer bedoelen, hebben wij dit expliciet vermeld.
b. In deze voorwaarden bedoelen wij met De Friesland: De Friesland Zorgverzekeraar NV.

2.2. Grondslag en dekkingsgebied

a. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt alleen ingegaan op de voorwaarden van de basisverzekering. Heb je daarnaast een aanvullende verzekering bij De Friesland afgesloten, dan kun je hiervoor de betreffende verzekeringsvoorwaarden raadplegen. Voor de aanvullende verzekeringen zijn speciale verzekeringsvoorwaarden ontwikkeld.

b. Deze verzekeringsvoorwaarden gelden voor de Alles Verzorgd Polis en Zelf Bewust Polis van De Friesland Zorgverzekeraar, geldig in Nederland en in het buitenland.

c. Deze verzekeringsvoorwaarden en de daarbij horende reglementen zijn gebaseerd op:
- de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering;
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- de standpunten van Zorginstituut Nederland.

d. De verzekeringsvoorwaarden moeten worden uitgelegd en toegepast in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering.

e. Mocht na het verschijnen van deze verzekeringsvoorwaarden blijken dat deze op enig onderdeel niet (meer) in overeenstemming zijn met het bepaalde in of op grond van de Zorgverzekeringswet, dan is de tekst van de Zorgverzekeringswet en de daarbij horende regelgeving bindend. De verzekeringsvoorwaarden worden dan geacht zodanig te zijn gewijzigd dat zij wel in overeenstemming zijn met het bepaalde in of op grond van de Zorgverzekeringswet. Onverzekerde zorg vergoeden wij nooit. De Friesland informeert jou, zodra mogelijk, over de eventuele wijziging(en) van de tekst van de verzekeringsvoorwaarden die uit deze bepaling voortvloeien. De eventueel aangepaste volledige tekst van de verzekeringsvoorwaarden kun je raadplegen op onze website of wordt jou op verzoek toegezonden.

f. Voor zover in deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar de reglementen van De Friesland of naar andere bijlagen, dan gelden deze als onderdeel van de overeenkomst en zijn ze op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op onze website.

g. Op deze verzekeringsvoorwaarden is het Nederlands recht van toepassing

2.3. Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven?

In deze verzekering kunnen verzekerden worden ingeschreven die verzekeringsplichtig zijn en wonen in Nederland of in het buitenland.

2.4. Begin en einde van de verzekering

2.4.1. Aanmelden

De verzekering wordt door jou als verzekeringnemer aangegaan op grond van een volledig en naar waarheid online ingevuld aanvraagformulier.
Let op! Kinderen vanaf 18 jaar moeten zelf een basisverzekering afsluiten. Wil je de verzekering afsluiten namens je kind van 18 jaar of ouder? Dan hebben wij daarvoor toestemming nodig van je kind.

Wij schrijven je niet in zolang het adres dat je hebt opgegeven niet in de Basisregistratie personen (BRP) voorkomt of afwijkt van het adres waaronder je in de BRP staat ingeschreven. Dit geldt niet als een van de volgende situaties van toepassing is:

a. jij hebt of de verzekeringnemer heeft een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift overgelegd waaruit blijkt dat je loonbelasting bent verschuldigd in verband met werkzaamheden in loondienst, verricht in Nederland of op het continentaal plat als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg. In deze verklaring dient de ingangsdatum van de dienstbetrekking te staan en de verklaring of het salarisafschrift mogen niet ouder zijn dan één maand;
b. de verzekeringnemer heeft een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank overgelegd waaruit blijkt dat je verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
c. jou kan redelijkerwijs niet worden verweten dat het adres dat je hebt opgegeven niet in de BRP voorkomt of afwijkt van het adres waaronder je in de BRP staat ingeschreven.

Ingangsdatum verzekering

De ingangsdatum van de verzekering is de dag waarop De Friesland de aanvraag heeft ontvangen. Deze datum wordt op het polisblad vermeld. In afwijking van deze hoofdregel geldt het volgende:

a. Mochten er onduidelijkheden zijn, bijvoorbeeld over de verzekeringsplicht van de te verzekeren persoon, dan kan dit gevolgen hebben voor de ingangsdatum van de verzekering. De Friesland zal je dan eerst om aanvullende informatie vragen. De verzekering gaat in dat geval in op de dag dat De Friesland alle benodigde informatie heeft ontvangen.
b. Wanneer je op het moment waarop we je aanvraag hebben ontvangen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent, dan kan de verzekering op jouw verzoek op een later tijdstip ingaan.
c. Als de zorgverzekering is ingegaan binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, dan gaat deze in met terugwerkende kracht per de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan. Je bent over deze periode premie verschuldigd.
d. Als de zorgverzekering is afgesloten binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari of wegens het ten nadele van de verzekerde wijzigen van de voorwaarden door opzegging is geëindigd, dan gaat deze in met terugwerkende kracht per de dag waarop de eerdere zorgverzekering is beëindigd.

Wat je verder moet weten

a. De verzekeringnemer kan de aanmelding zonder opgave van reden binnen veertien dagen na ontvangst van het polisblad, of na ter beschikkingstelling van het polisblad via Mijn De Friesland, ongedaan maken. Dit kan via Mijn De Friesland, per brief of telefonisch. De verzekering wordt dan met terugwerkende kracht ontbonden.
b. Als het CAK jou bij De Friesland heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet, kun je de verzekering beëindigen binnen twee weken vanaf de datum waarop het CAK jou van de verzekering in kennis heeft gesteld. Je moet dan wel aantonen dat je binnen de periode genoemd in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet via een andere zorgverzekering bent verzekerd.
c. Als de zorgverzekering ingaat in de loop van het jaar, dan wordt deze aangegaan voor de rest van dat kalenderjaar.
d. De Friesland is niet verplicht een zorgverzekering af te sluiten als een eerdere zorgverzekering bij De Friesland is opgezegd of ontbonden wegens opzettelijke misleiding, fraude of enige andere vorm van wanprestatie jegens De Friesland of het niet betalen van de premie. Dit geldt voor een periode van vijf jaar onmiddellijk na beëindiging van de zorgverzekering.

e. Je ontvangt een polisblad in een door De Friesland vast te stellen vorm dat geldt als bewijs van de tussen jou als verzekeringnemer en De Friesland gesloten verzekeringsovereenkomst. Jaarlijks informeren wij je over de wijzigingen in de verzekering en de nieuwe premie (voor jou en je medeverzekerden). Je ontvangt hiervoor een (gezins)polisblad. Daarnaast stellen wij jaarlijks de polisbladen beschikbaar via Mijn De Friesland. Als je een voorkeur voor communicatie per post hebt aangegeven, ontvang je een nieuw polisblad wanneer er wijzigingen in de polis worden doorgegeven.
f. Je ontvangt ook een zorgpas van ons. Deze ontvang je digitaal, tenzij je ons om een fysieke zorgpas vraagt. Het polisblad of de zorgpas toon je aan de zorgverlener bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens deze polisvoorwaarden.
g. Voor het verwerken van je persoonsgegevens is de BRP bepalend.

2.4.2. Beëindigen

Het opzeggen van de verzekering

je mag als verzekeringnemer je zorgverzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Als je tijdig opzegt, eindigt je zorgverzekering per 1 januari daaropvolgend. Je ontvangt hiervan van ons een bevestiging. Zeg je de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan op de volgende manieren plaatsvinden:

a. door gebruik te maken van de gezamenlijke opzegservice van de verzekeraars. Deze houdt in dat als je uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens jou bij ons de zorgverzekering opzegt. Als je niet van deze service gebruik wilt maken, moet je dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van je nieuwe zorgverzekeraar;
b. door jou als verzekeringnemer. Je moet dan uiterlijk 31 december opzeggen. Opzeggen kan via Mijn De Friesland, per brief of telefonisch.

Wat je verder moet weten

a. De verzekering eindigt automatisch op het tijdstip dat jouw verzekeringsplicht eindigt.
b. Bij overlijden eindigt de verzekering automatisch de dag na het overlijden. Om de verzekering te kunnen beëindigen, moet De Friesland binnen 30 dagen na het overlijden hierover geïnformeerd worden.
c. De verzekering eindigt automatisch als De Friesland ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. In dat geval stelt De Friesland de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat de zorgverzekering eindigt hiervan op de hoogte. Hierbij vermeldt De Friesland de reden en de datum van beëindiging.
d. De verzekering eindigt automatisch als De Friesland zijn werkgebied wijzigt en je daardoor buiten het werkgebied van De Friesland komt te wonen. In dat geval stelt De Friesland de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat de zorgverzekering eindigt hiervan op de hoogte. Hierbij vermeldt De Friesland de reden en de datum van beëindiging.
e. Als verzekeringnemer kun je tussentijds de verzekering van de verzekerde voor wie je als verzekeringnemer handelt opzeggen, als deze een andere zorgverzekering heeft afgesloten. De opzegging gaat in per de datum waarop de andere zorgverzekering is ingegaan. Voorwaarde is dan wel dat de opzegging De Friesland voorafgaand aan die ingangsdatum heeft bereikt. Als De Friesland de opzegging later ontvangt, wordt de verzekering bij De Friesland beëindigd op de eerste dag van de tweede maand volgend op de dag waarop de opzegging is ontvangen.
f. De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband. Dit kan alleen als de reden van opzegging een overstap van het ene collectief contract in verband met het dienstverband naar het andere collectief contract in verband met het dienstverband betreft. De verzekeringnemer kan de oude zorgverzekering met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband opzeggen, tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan beide in per de eerste van dezelfde kalendermaand.

g. Nadat De Friesland jou als verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kun je gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en (incasso)kosten niet zijn voldaan de zorgverzekering niet opzeggen. Dit geldt niet wanneer De Friesland de zorgverzekering of de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst of opgeschort of wanneer De Friesland je binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.
h. Als het CAK jou bij De Friesland heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet, kun je de verzekering niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden vanaf de ingangsdatum van de verzekering.
i. De Friesland kan jouw verzekering per de ingangsdatum beëindigen als het CAK jou bij De Friesland heeft verzekerd op grond van artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet en achteraf blijkt dat je niet verzekeringsplichtig was.
j. Als wij vanwege voor ons belangrijke redenen besluiten een basisverzekering niet langer aan te bieden, mogen wij eenzijdig deze basisverzekering beëindigen per de datum waarop wij deze uit de markt halen.

Bewijs van einde zorgverzekering

Als de verzekering eindigt, krijg je van De Friesland een ‘bewijs van einde zorgverzekering’. Op dit bewijs wordt de volgende informatie vermeld:

a. naam, adres, woonplaats en Burgerservicenummer van de verzekerde;
b. naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
c. naam, adres, woonplaats van de zorgverzekeraar;
d. de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
e. of voor jou op die dag een eigen risico gold en zo ja met ingang van welke ingangsdatum, voor welk bedrag en de in verband daarmee verleende korting;
f. de reden van de beëindiging van de verzekering.

Overname machtiging door nieuwe zorgverzekeraar

Heb je een geldende machtiging en stap je over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt je nieuwe zorgverzekeraar de medische beoordeling over en heb je recht op de betreffende zorg volgens de bij jouw nieuwe verzekeraar geldende verzekeringsvoorwaarden.

Heb je een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 3.21 Verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging) en stap je over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de nog geldende toekenningsverklaring over. Ook het aantal uren voor verpleging en verzorging neemt je nieuwe verzekeraar over, volgens de geldende indicatie. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan bij jouw nieuwe zorgverzekeraar anders zijn, omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren je daarom de toekenningsverklaring te bewaren zolang deze geldig is. Je nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.

2.5. Herziening van premie of voorwaarden

De Friesland heeft het recht de voorwaarden van de verzekering en de premies te herzien. De Friesland deelt deze voorgenomen herziening mee aan de verzekeringnemer. Tussen de ingangsdatum van een verandering in de premiegrondslag en de aankondiging hiervan zitten ten minste zeven weken. Bij een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekerde, of bij een verhoging van de premiegrondslag, kan de verzekeringnemer gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld de verzekering opzeggen.

Let op!
Ook als de wijziging in het nadeel van verzekerde is, kun je als verzekeringnemer niet opzeggen als de wijziging een direct gevolg is van een aanpassing in de Zorgverzekeringswet met betrekking tot de inhoud van de verzekering zoals genoemd in hoofdstuk 3 Inhoud van de verzekering van deze voorwaarden.

De opzegging in verband met de herziening van de verzekeringsvoorwaarden en premie, gaat in op de ingangsdatum van deze herziening. Heeft De Friesland binnen één maand na bekendmaking geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering voortgezet onder de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

2.6. Onterechte verzekering

Als een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen en achteraf blijkt dat geen verzekeringsplicht heeft bestaan of dat deze inmiddels is geëindigd, dan vervalt de verzekeringsovereenkomst automatisch vanaf het moment van ingang of vanaf het moment waarop de verzekeringsplicht is geëindigd. In dit geval ben je verplicht om de kosten die onterecht zijn vergoed vanaf de datum van beëindiging van de verzekering terug te betalen.

2.7. Dekking

2.7.1. Omvang van de dekking

a. Voor zover op grond van deze verzekeringsvoorwaarden de toestemming van De Friesland, een verwijzing of een voorschrift vereist is, bestaat alleen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten als aan die eisen is voldaan voordat je van de desbetreffende zorg gebruikmaakt.
b. Recht op zorg of diensten, of recht op vergoeding van de kosten daarvan, bestaat alleen als je naar een zorgaanbieder gaat die aan de eisen voldoet zoals vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden. De Friesland kan jou echter toestemming verlenen voor rekening van De Friesland gebruik te maken van een zorgaanbieder met een andere kwalificatie dan in deze verzekeringsvoorwaarden is vermeld. Deze toestemming moet De Friesland jou dan voorafgaand aan de behandeling hebben verleend.
c. De inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten worden onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en (bij het ontbreken van een zodanige maatstaf) door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
d. Je hebt recht op een vorm van zorg of een dienst voor zover je daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.
e. De vraag of je behoefte hebt aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde dienst, wordt uitsluitend op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
f. Je hebt geen recht op zorg of diensten die kunnen worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.

Voorwaardelijk toegelaten zorg

Ook zorg en/of diensten die (nog) niet aan de in artikel 2.7.1 onder c. genoemde criteria voldoen kunnen onder voorwaarden als verzekerde zorg worden toegelaten. De volgende zorg is voorwaardelijk toegelaten:

a. tot 1 januari 2029 hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom, voor zover je deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1°;
b. tot 1 april 2027 blaasinstillatie met blaasspoelvloeistoffen met chondroïtinesulfaat of hyaluronzuur- voor de behandeling van patiënten met blaaspijnsyndroom met niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies voor zover je deelneemt aan onderzoek naar deze zorg zoals hieronder genoemd onder 1° en 2°.

Als onderzoek naar zorg wordt aangemerkt:

1°. hoofdonderzoek naar de effectiviteit of kosteneffectiviteit van de zorg, en
2°. aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht als:

- je behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek,
- je niet hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
- je hebt deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor jou is voltooid.

Second Opinion

Je hebt recht op een second opinion voor diagnostiek en behandeling die onder de dekking van deze verzekering vallen. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. Je moet vervolgens met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar, die de regie over de behandeling houdt. Je krijgt een second opinion niet vergoed als deze gericht is op en gevolgd wordt door een behandeling die niet onder de dekking van deze verzekering valt.

2.7.2. Naturaverzekering

De Alles Verzorgd Polis en Zelf Bewust Polis gaan uit van aanspraak op zorg (in natura). Zorg in natura betekent dat je recht hebt op zorg.

2.7.3. Gecontracteerde zorgaanbieders

De Friesland maakt afspraken met zorgaanbieders over prijs, kwaliteit, toegankelijkheid en toegangstijden en de rekening gaat rechtstreeks naar De Friesland. Als je gebruikmaakt van de zorg of diensten van een gecontracteerde zorgaanbieder, dan betaalt De Friesland 100% van de kosten. Er kan voor sommige vormen van zorg wel een eigen risico en/of een eigen bijdrage gelden.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC), dan betekent dat niet altijd dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of het ZBC verleent. Het kan ook betekenen dat wij alleen een contract met een ziekenhuis of een ZBC hebben voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Voor enkele gecontracteerde zorgaanbieders geldt een omzetplafond. Dit betekent dat wij met deze zorgverleners een maximumbedrag hebben afgesproken dat in een kalenderjaar gedeclareerd mag worden. Als dit maximumbedrag is bereikt en de zorg nog niet is gestart, kan het voorkomen dat je niet meteen bij de gecontracteerde zorgaanbieder van je keuze terecht kunt. In dat geval kun je ervoor kiezen om op de wachtlijst van de betreffende zorgaanbieder te worden geplaatst. Wil je meteen worden geholpen, dan kun je contact opnemen met onze wachtlijstbemiddeling (zie artikel 1.2.5 Wachtlijstbemiddeling). Samen met jou zoeken wij dan naar een passende oplossing. Via de Zorgzoeker op onze website kun je terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgzoeker te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2027 in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat je (bijvoorbeeld) op 1 december 2027 misschien een beperkter keuzeaanbod hebt dan op 1 januari 2027.

Tip

Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op onze website bij ‘Zorgzoeker’ of neem telefonisch contact met ons op.

2.7.4. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders

Je kunt ook kiezen voor zorgaanbieders waarmee De Friesland geen overeenkomst heeft gesloten. In hoofdstuk 3 Inhoud van de verzekering is bij de verschillende vormen van zorg vermeld op welke vergoeding je in dat geval recht hebt.

Let op!

Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, loop je het risico dat je de kosten niet volledig vergoed krijgt. Ook kan het dan gebeuren dat je de rekening eerst zelf moet betalen. Op onze website vind je lijsten met de tarieven op basis van het gemiddeld gecontracteerde tarief per zorgsoort. Je kunt deze lijsten ook bij ons opvragen. Omdat wij geen zicht hebben op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet gecontracteerde zorgverleners, houden wij bij de vaststelling van deze tarieven geen rekening met kwaliteitsopslagen.

Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in deze verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.

Hardheidsclausule

Wil je naar een zorgverlener zonder contract? Maar vind je het bedrag dat je zelf moet betalen een belemmering om naar deze zorgverlener te gaan? Dan is er mogelijk sprake van een hinderpaal. Je kunt bij ons een schriftelijk verzoek indienen om de lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te verhogen. Geef dan bij ons aan dat je een beroep doet op het hinderpaalcriterium en waarom je vindt dat er in jouw situatie sprake is van een belemmering. Wij vertellen je binnen vier weken of wij een hogere vergoeding kunnen bieden.

2.7.5. Bemiddeling als zorg niet tijdig beschikbaar is

Als de benodigde zorg in natura naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd dan heb je recht op de zorgbemiddeling van De Friesland. Maatstaf voor het begrip ‘tijdig’ zijn de zogenaamde Treeknormen (notitie Streefnormstelling wachttijden). Je vindt deze ook op onze website. Als je in het kader van wachtlijstbemiddeling toestemming ontvangt om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, worden de kosten van de zorg na het indienen van de nota vergoed.

2.7.6. Acute zorg

Als er sprake is van acute zorg (zorg die plotseling en onverwacht noodzakelijk is en niet kan worden uitgesteld) en je hebt gebruikgemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heb je recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum)tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal het bedrag dat gebruikelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden (marktconform tarief). Als deze situatie zich in het buitenland voordoet dien je zo spoedig mogelijk en zo mogelijk vooraf contact op te nemen met de De Friesland Alarmcentrale door Eurocross. In artikel 2.7.10 kun je meer informatie over de vergoeding vinden.

2.7.7. Betaling aan de zorgaanbieder

De Friesland mag in alle gevallen de kosten van zorg of overige diensten rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen. Je hebt dan geen recht meer op betaling van deze kosten aan jou zelf.

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop je volgens de verzekeringsovereenkomst recht hebt. Dit gebeurt bijvoorbeeld als je zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. Je (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen.

2.7.8. Eigen bijdrage

Als je volgens deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, dan wordt die eigen bijdrage:

a. door de zorgaanbieder aan jou in rekening gebracht als De Friesland de kosten van zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder voldoet of;
b. in mindering gebracht op de vergoeding als De Friesland de vergoeding aan jou betaalt of;
c. bij jou (verzekeringnemer) geïnd zoals aangegeven in artikel 2.7.7 van deze voorwaarden.

2.7.9. Beëindigen overeenkomst met zorgaanbieder

Als een overeenkomst tussen De Friesland en een zorgaanbieder wordt beëindigd en je op het moment van beëindiging zorg van deze zorgaanbieder ontvangt, blijft De Friesland de lopende behandeling vergoeden.

2.7.10. Buitenland

Als je in Nederland woont, heb je ook aanspraak op zorg van een door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, heb je recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop je recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Tip

Wil je in het buitenland behandeld worden, informeer dan eerst bij ons of de kosten vergoed worden, onder welke voorwaarden en welk bedrag je eventueel zelf dient bij te betalen.

Wonen of verblijven in een verdragsland

Als je woont of verblijft in een ander EU/EER-land dan Nederland of in een verdragsland, dan heb je naar keuze:

a. aanspraak op medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening 883/2004 of het desbetreffende verdrag;
b. aanspraak op zorg in natura door een zorgaanbieder die door De Friesland in het woonland of in het land van tijdelijk verblijf is gecontracteerd of die een samenwerkingsverband heeft met een ziekenhuis in het buitenland waarmee De Friesland een contract heeft. De specialist van het gecontracteerde ziekenhuis blijft je hoofdbehandelaar, maar laat een diagnostisch deel van de behandeling uitvoeren bij een andere zorginstelling.
   Als je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland gaat, heb je recht op vergoeding van de kosten tot maximaal het bedrag waarop je recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit geldt ook als je in een ander EU/EER-land of verdragsland woont en tijdelijk woont of verblijft in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland.

Tip

Je zorgpas is tevens een European Health Insurance Card (EHIC). Deze is geldig in de EER-landen (Europese Unie, Noorwegen, IJsland en Liechtenstein), Zwitserland en Australië, voor medisch noodzakelijke zorg. Wij adviseren je van deze EHIC gebruik te maken als je in een van deze landen verblijft en zorg nodig hebt. Je hoeft dan geen geld voor te schieten. Buitenlandse behandelaars, zoals artsen en specialisten, weten dan dat hun rekening door De Friesland wordt betaald. Sommige behandelaars accepteren de pas nog niet. Je moet dan zelf de rekening voorschieten. Later kun je de rekening indienen bij De Friesland. Met de kaart heb je geen recht om naar het buitenland te reizen met als doel een medische behandeling te krijgen. Ga je naar Australië, dan moet je je direct bij aankomst met de EHIC melden bij een medicare kantoor. Je krijgt dan een medicare card, waarmee je kosteloos geneeskundige hulp in Australië krijgt.

Wonen of verblijven in een niet-verdragsland

Woon of verblijf je in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, dan heb je recht op vergoeding van kosten van zorg van een niet door De Friesland gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling. De vergoeding bedraagt maximaal het bedrag waarop je recht zou hebben als de zorg was verleend binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Vergoeding als zorg niet (tijdig) in Nederland beschikbaar is

Je hebft recht op volledige vergoeding van de kosten:

a. als je toestemming van De Friesland hebt ontvangen om naar een met name genoemde niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland te gaan in het kader van wachtlijstbemiddeling;
b. als de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door De Friesland.

Vooraf toestemming nodig

Voor zorg in het buitenland is vooraf toestemming nodig. Dit geldt voor:
a. Planbare zorg met een opname van minimaal 1 nacht in een niet gecontracteerd ziekenhuis of niet gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum;
b. Dure geneesmiddelen:
1. Een behandeling met medicatie die meer dan € 1.000 per toediening kost in een niet gecontracteerd erkend ziekenhuis of niet gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum;
2. Een verstrekking van medicatie door een niet gecontracteerde apotheek, een niet gecontracteerd erkend ziekenhuis of een niet gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum waarbij de kosten van de medicatie meer dan € 1.000 per maand bedragen;
c. Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder;
d. IVF, ICSI, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen of invriezen van eicellen in ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum;
e. Overige aanspraken en vergoedingen uit de basisverzekering, voor zover volgens de voorwaarden de toestemmingsvereiste ook al voor zorg in Nederland geldt.

De zorg die in het buitenland wordt betrokken dient altijd te voldoen aan de Nederlandse wet- en regelgeving en aan (de criteria van) de stand van de wetenschap en praktijk, zoals deze in Nederland geldt. Toestemming kun je online aanvragen via het aanvraagformulier op onze website. Je kunt dit aanvraagformulier ook telefonisch bij ons opvragen.

Alarmservice

Als je medisch noodzakelijke zorg nodig hebt die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg), dan moet je dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de De Friesland Zorgverzekeraar Alarmcentrale door Eurocross. Deze coördineert de zorg. Ook kun je informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. De alarmservice is dag en nacht, zeven dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0(58) en het nummer van de alarmcentrale (212 02 12). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 58 212 02 12.

Omrekenkoers

De vergoeding van de verzekerde kosten vindt plaats in euro's volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals gepubliceerd door de Europese Centrale Bank. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar je recht op hebt, betalen wij altijd aan jou (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

2.7.11. Dekkingsperiode

Je hebt recht op (vergoeding van) de verzekerde zorg, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van levering, en niet de

datum waarop de nota is uitgeschreven. Als het gaat om een nota van een DBC (diagnose behandeling combinatie) waarmee een begin is gemaakt voor de einddatum van de verzekering, worden de kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing was. Als de nota betrekking heeft op een DBC waarmee is begonnen voor de datum van ingang van de verzekering, worden de kosten hiervan niet vergoed.

2.7.12. Terrorismerisico

Is de behoefte aan zorg het gevolg van één of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat je recht hebt op een deel van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van één of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heb je alleen recht op zorg tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden NV (NHT). De exacte definities en bepalingen bij deze aanspraak staan in het clausuleblad terrorismedekking van de NHT. Deze clausule en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. Je kunt het protocol vinden op nht.vereende.nl. Het clausuleblad kun je vinden op onze website of kun je bij ons opvragen. Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. Je hebt dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

2.7.13. Uitsluitingen

Je hebt geen recht op vergoeding van:

a. de eigen bijdrage die je bent verschuldigd op grond van de Wlz;
b. de kosten van alternatieve geneeswijzen;
c. laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een zorgverlener die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.
d. declaraties als gevolg van keuringen, attesten en griep- en andere vaccinaties, tenzij in deze voorwaarden anders is bepaald;
e. sancties opgelegd door zorgaanbieders, bijvoorbeeld het doorberekenen van niet nagekomen afspraken of het door de zorgaanbieder berekenen van rente wegens het niet tijdig betalen van een nota;
f. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
g. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
h. zorg of diensten die zijn uitgevoerd door jou zelf. Voor zorg of een dienst geleverd door jouw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad dienen wij je vooraf toestemming te geven, als je deze zorg of dienst ook bij ons wilt declareren. Wij geven alleen toestemming in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als je kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de zorg of dienst uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd. Je hoeft geen toestemming te vragen wanneer de zorg wordt geleverd in het kader van een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging;

i. vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. De aard van de zorgbehoefte bepaalt uit welke wet je de zorg vergoed krijgt. Als er onduidelijkheid bestaat over de aanspraak, houden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (zoals jij, CIZ, gemeente, zorgverlener, mantelzorger) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening recht op zorg bestaat. De aanspraak onder de basisverzekering eindigt wanneer de zorg kan worden bekostigd vanuit de Wlz.

2.8. Eigen risico

2.8.1. Verplicht eigen risico

Het verplichte eigen risico is het bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 Inhoud van de verzekering van deze verzekeringsvoorwaarden, dat verplicht voor jouw rekening blijft. Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 400,- per kalenderjaar.

Tip

Verwacht je jouw verplichte eigen risico in het komende kalenderjaar volledig op te maken? Dan bieden wij je de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen. Kijk voor meer informatie op defriesland.nlof neem contact met ons op.

2.8.2. Vrijwillig eigen risico

Het vrijwillige eigen risico is het met jou als verzekeringnemer overeengekomen bedrag per kalenderjaar aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 Inhoud van de verzekering van deze verzekeringsvoorwaarden, dat je naast het verplichte eigen risico voor eigen rekening neemt. Als je kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvang je van De Friesland een premiekorting. Je kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,-.

Wijziging vrijwillig eigen risico

Je kunt het vrijwillige eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. Je moet de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar aan De Friesland doorgeven.

2.8.3. Wanneer is het eigen risico niet van toepassing

Zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico zijn niet van toepassing op de kosten van:

a. verloskundige zorg, kraamzorg, NIPT, invasieve diagnostiek (bijv. vlokkentest en vruchtwaterpunctie) en het geavanceerd ultrasoon onderzoek (GUO). Hiermee samenhangende kosten, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek (in andere gevallen dan in het kader van de NIPT en invasieve diagnostiek) of ziekenvervoer tellen wel mee voor het eigen risico;
b. het gebruik van zorg zoals huisartsen die bieden, inclusief preventieve voetzorg bij verhoogd risico op voetulcera en de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Wel onder het eigen risico vallen de kosten van:
    - geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als bedoeld in artikel 3.8.5 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen;
    - door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek, als dat onderzoek onder de dekking van deze verzekering valt, elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;
c. zorg aan de donor na afloop van een periode van dertien weken of, in geval van een levertransplantatie, een half jaar, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor voor selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest. De zorg moet verband houden met die opneming;

d. vervoer van de donor als bedoeld in artikel 3.17 Transplantaties van weefsels en organen, Inhoud zorg, onder e. en f., als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten;
e. hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt;
f. zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg);
g. verpleging en verzorging zonder verblijf als bedoeld in artikel 3.21 Verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging);
h. de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek;
i. zorg bij stoppen-met-rokenprogramma (gedragsmatige ondersteuning en medicatie) als bedoeld in artikel 3.24 Zorg bij Stoppen-met-rokenprogramma.
j. zorg of overige diensten die in een bepaald kalenderjaar zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december van het daaropvolgende kalenderjaar ontvangen. Als het aan jou te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend, vallen de kosten wel onder het eigen risico;
k. inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Met inschrijvingskosten bedoelen wij:
   1. het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent rekent om jou als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
   2. vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met jouw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als je je inschrijft;
l. zorg ontstaan door samenwerking tussen zorgverleners of tussen zorgverleners en derden, voor zover dat samenwerken direct ten dienste staat van de levering van zorg of overige diensten uit deze basisverzekering. Deze kosten zijn niet op persoonsniveau terug te rekenen. Hiervoor moet de betaaltitel 'Domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zvw' worden gebruikt;
m. de kosten van een meekijkconsult (waaronder ook het verkennend gesprek in de GGZ) en het meedenkadvies wanneer dit is aangevraagd door jouw huisarts;
n. de kosten van zorg verleend door het Regionaal Expertiseteam Transmurale Palliatieve Zorg;
o. de kosten van fysioherapie, vallend onder artikel 3.14.3 Fysiotherapie en oefentherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht voor verzekerden van 18 jaar en ouder, uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Als fysiotherapie vanuit het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum plaatsvindt, betaal je wel het eigen risico;
p. de kosten van bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie, vallend onder artikel 3.14.3 Fysiotherapie en oefentherapie in verband met urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar en ouder, uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde bekkenfysiotherapeut. Als fysiotherapie vanuit het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum plaatsvindt, betaal je wel het eigen risico;
q. de kosten voor een valpreventieve beweeginterventie voor ouderen (onderdeel van Ketenaanpak Valpreventie) vallend onder artikel 3.14.4 Valpreventie voor ouderen (onderdeel van Ketenaanpak Valpreventie), uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

2.8.4. Berekening vrijwillig en verplicht eigen risico

a. De Friesland brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplichte als het vrijwillige eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplichte eigen risico.

b. In die gevallen waarin je op grond van deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, telt deze eigen bijdrage niet mee voor het eigen risico. Ook overige kosten die voor jouw eigen rekening blijven, worden voor toepassing van het eigen risico buiten beschouwing gelaten.
c. Als een verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt, gaat het eigen risico in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.
d. Als de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast op basis van het werkelijk aantal dagen in het kalenderjaar.
e. Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Wanneer in twee achtereenvolgende kalenderjaren zorg is genoten die door de zorgaanbieder in één bedrag in rekening wordt gebracht, worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin met de zorg is begonnen. Voor de vaststelling van het eigen risico wordt een DBC dus toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. In het buitenland wordt een behandeling niet gedeclareerd in de vorm van een DBC. De behandeldatum is in dat geval bepalend voor het eigen risico dat wij toepassen.
f. Als De Friesland de kosten van verleende hulp rechtstreeks aan de zorgaanbieder heeft vergoed, dan brengt De Friesland jou achteraf het eventueel verschuldigde eigen risico in rekening. Voorafgaand aan het incasseren van het eigen risico krijg je een specificatie van de kosten die ten laste komen van het eigen risico. Hierop wordt ook aangegeven wanneer en op welke manier het verschuldigde bedrag zal worden geïncasseerd. Heb je nog een bedrag aan verplicht en/of vrijwillig eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij je worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van jouw persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging.

2.9. Premiebetaling

Let op!

Wij hebben het liefst dat je (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso of betaalmail betaalt:

- premie;
- verplicht en vrijwillig eigen risico;
- wettelijke eigen bijdragen;
- eigen betalingen;
- bijdrage voor papieren post;
- eventuele overige vorderingen.

Kies je (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via een automatische incasso of betaalmail? Dan kan het zijn dat je daarvoor administratiekosten moet betalen.

a. De premiegrondslag (bruto premie) voor deze verzekering staat vermeld op het polisblad en is ook te vinden op onze website. Op de premiegrondslag kan eventueel een korting op basis van een gekozen vrijwillig eigen risico worden toegepast. De verschuldigde premie bestaat uit de premiegrondslag na aftrek van een mogelijke korting in verband met een vrijwillig eigen risico.
b. Als verzekeringnemer ben je verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen. Dit kan per maand, kwartaal, halfjaar of kalenderjaar. Een uitzondering hierop geldt wanneer je deelneemt aan een collectiviteit die de premie rechtstreeks aan ons betaalt. In dat geval is alleen vooruitbetaling per maand mogelijk.

c. Alle informatie over jouw verzekering is digitaal beschikbaar. Wil je als verzekeringnemer jouw post op papier (blijven) ontvangen? Dan betaal je (verzekeringnemer) een bijdrage voor de kosten van papieren post (zoals rekeningen en declaratieoverzichten). De kosten zijn € 1,50 per maand. Je betaalt geen bijdrage voor het polisblad en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de bijdrage voor papieren post vind je op onze website.

d. Je betaalt als verzekeringnemer de premie en overige verschuldigde bedragen door middel van een automatische incasso, via een overzicht of met een elektronische betaling.

e. Bij vooruitbetaling per half jaar geldt een korting van 0,5% en bij vooruitbetaling per jaar bedraagt de korting 1%. Deze korting wordt berekend over de verschuldigde premie. Heb je als verzekeringnemer ervoor gekozen om premie te betalen per kwartaal of (half)jaar? En betaal je de premie niet binnen de betalingstermijn die wij hebben gesteld? Dan mogen wij jou de premie weer per maand laten betalen. Het gevolg hiervan is dat je geen recht meer hebt op een eventuele betalingskorting.

f. Het is jou als verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met een van De Friesland te vorderen uitkering.

g. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand herberekent De Friesland de premie met ingang van de eerste van de daaropvolgende maand.

h. Je bent geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin je de leeftijd van achttien jaar hebt bereikt. De Friesland benadert de minderjarige verzekerde ten minste vier weken voor zijn/haar achttiende verjaardag met de vraag of hij/zij voor een vrijwillig eigen risico kiest. Als de verzekeringnemer of de verzekerde zijn/haar keuze niet aan ons doorgeeft, dan wordt de premie berekend op basis van een polis zonder vrijwillig eigen risico.

i. Bij overlijden vindt naar rato verrekening of terugbetaling van de premie en het eigen risico plaats. Dit gebeurt met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum. Bij overlijden van de verzekeringnemer gaat de verplichting tot premiebetaling over op de verzekerde(n) waarvoor hij of zij premieplichtig was of, voor zover van toepassing, op de wettelijke vertegenwoordiger van die verzekerde(n).

j. Je (verzekeringnemer) ontvangt van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan jou (verzekeringnemer) te versturen veertien dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren. Dit is niet van toepassing op de bekendmaking van de nieuwe premie. De automatische incasso van de premie kondigen wij een keer per jaar aan op het polisblad dat je van ons ontvangt of wij je ter beschikking stellen via Mijn De Friesland.

k. Als een automatische incasso niet plaats kan vinden in verband met onvoldoende saldo, biedt De Friesland deze incasso maximaal tweemaal opnieuw aan de bank aan.

l. Als je als verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en/of eigen risico, dan stuurt De Friesland jou een schriftelijke aanmaning tot betaling. Als je het bedrag niet binnen de in de aanmaning gestelde termijn betaalt, kan De Friesland jouw verzekering schorsen. Dit betekent dat de medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie niet meer worden vergoed. De verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde bedragen te betalen. Als De Friesland besluit jouw verzekering te schorsen, ontvang je hiervan schriftelijk bericht. De dekking wordt pas weer van kracht op de dag volgend op die, waarop de verschuldigde bedragen, rente en (incasso)kosten door De Friesland zijn ontvangen.

m. Als De Friesland overgaat tot ontbinding van de verzekeringsovereenkomst, dan gebeurt dit per de eerste van de maand volgend op de datum waarop de betalingstermijn genoemd in de finale aanmaning afloopt. Tussen deze datum en de datum van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst zit minimaal veertien dagen.

n. Moet je (verzekeringnemer) nog achterstallige premie aan ons betalen, en declareer je schadekosten bij ons die wij aan jou (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie met de zorgkosten. Wij verrekenen achterstallige premie ook met declaraties uit jouw persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging.

Let op!
Als verzekeringnemer ben en blijf je zelf verantwoordelijk voor de premiebetaling, ook als er bijvoorbeeld bij een collectief contract is afgesproken dat de premiebetaling door de werkgever wordt voldaan en deze in gebreke blijft.

2.10. Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde

Naast een groot aantal rechten, zoals het recht op goede zorg, heb je als verzekerde van De Friesland ook een aantal plichten. Verplichtingen die vaak nodig zijn om er voor te zorgen dat je de beste zorg krijgt en De Friesland zijn taken als zorgverzekeraar optimaal kan uitvoeren.

Je bent als verzekerde verplicht:

a. je bij het inroepen van zorg te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
b. de behandelend arts, medisch specialist of paramedicus te vragen de reden van opname of behandeling op verzoek bekend te maken aan de medisch adviseur, adviserend tandarts of de adviserend paramedicus van De Friesland. Dit is nodig in verband met controles en fraudeonderzoek die door De Friesland worden verricht in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet;
c. aan de medisch adviseur, adviserend tandarts of adviserend paramedicus van De Friesland of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie. Dit is nodig in verband met de hierboven genoemde controles en fraudeonderzoek;
d. De Friesland behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
e. door jou zelf betaalde nota's binnen drie jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg bij De Friesland in te dienen. Wij vergoeden geen nota's die wij later ontvangen;
f. een verwijzing van een arts, tandarts of medisch specialist over te leggen als De Friesland hier om vraagt;
g. nota's in te dienen die op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag het recht op vergoeding door De Friesland kan worden vastgesteld. De zorgverlener die jou heeft behandeld, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) jou heeft behandeld. Buitenlandse nota's dienen minimaal de volgende informatie te bevatten:
    - jouw naam en geboortedatum;
    - de behandeldatum;
    - een omschrijving van de behandeling;
    - kosten- en honorariumbedrag.

Als een nota en bijbehorende documenten (bijvoorbeeld behandelverslagen) in een andere taal zijn opgesteld dan Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans, dan kunnen wij je vragen om een vertaling van een beëdigd vertaler. De kosten hiervan komen voor jouw eigen rekening. Computernota's dienen door de zorgverlener gewaarmerkt te zijn, bijvoorbeeld met een handtekening en/of een stempel.

Wat je verder moet weten

a. Als je gedetineerd raakt of uit detentie wordt ontslagen, moet je dit zo spoedig mogelijk schriftelijk aan De Friesland melden. Gedurende de periode van detentie bestaat onder deze polis geen dekking. De dekking loopt weer vanaf het moment dat de detentie is beëindigd.

b. Je bent als verzekeringnemer verantwoordelijk voor het direct aan De Friesland doorgeven van alle feiten en omstandigheden met betrekking tot de verzekerde die tot het einde van de verzekering (kunnen) leiden. Als De Friesland op grond van die gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, ontvangt de verzekeringnemer hiervan direct bericht onder vermelding van de reden en de datum van beëindiging.
c. Je bent als verzekeringnemer verplicht om binnen een maand aan De Friesland alle gebeurtenissen te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, bijvoorbeeld verhuizing naar het buitenland, wijziging van je rekeningnummer (IBAN), echtscheiding, overlijden of langdurig verblijf in het buitenland.
d. Je bent als verzekeringnemer verplicht De Friesland te informeren over de naam van de nieuwe zorgverzekeraar van de verzekerde, als in aansluiting op een verzekering bij De Friesland een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar wordt afgesloten.
e. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende (e-mail)adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
f. Wanneer de belangen van De Friesland worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen, dan kan dit gevolgen voor jou hebben, bijvoorbeeld doordat kosten niet meer of nog slechts gedeeltelijk door De Friesland vergoed worden.

2.11. Fraude

Onder fraude verstaat De Friesland in ieder geval het opzettelijk plegen of proberen te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen. Als De Friesland vermoedt dat er sprake is van fraude, zullen wij een onderzoek (laten) instellen. Je bent verplicht om aan dit onderzoek mee te werken en ons alle relevante en juiste informatie te geven. Tijdens dit onderzoek kan De Friesland besluiten om jouw nota's niet uit te betalen. Aanvragen voor machtigingen en lopende machtigingen kunnen worden opgeschort.

Blijkt uit het onderzoek dat jij of iemand anders namens jou (geheel of gedeeltelijke) fraude heeft gepleegd? Dan vervalt al jouw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Dat geldt ook voor het deel van de zorg waarbij geen sprake is geweest van fraude. Daarnaast vorderen wij uitgekeerde vergoedingen bij jou terug. De Friesland kan bij fraude jouw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen voor een periode van maximaal acht jaar, gerekend vanaf de start van het onderzoek, (laten) registreren in ons Incidentenregister en het Extern Verwijzings Register (EVR) van de Stichting CIS. Ook kunnen wij bij fraude aangifte doen bij de politie. Als je fraude pleegt, kunnen wij jouw zorgverzekering beëindigen. Je kunt dan vijf jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen dan ook jouw aanvullende zorgverzekering(en). Je bent verplicht de kosten die voortvloeien uit het fraudeonderzoek aan ons te betalen.

Als jouw zorgverlener fraude heeft gepleegd of betrokken is bij een fraudeonderzoek, kunnen wij de betalingen van declaraties opschorten. De zorgverlener is verplicht om jou voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij de zorg niet vergoeden.

2.12. Geschillen

a. Als je als verzekerde of verzekeringnemer het niet eens bent met een door De Friesland in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, dan kun je binnen 6 maanden nadat die beslissing jou is meegedeeld De Friesland vragen om de beslissing te heroverwegen. Je kunt dit verzoek richten aan de afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Je ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 5 werkdagen geven wij je een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van jouw klacht, dan ontvang je hierover van ons een bericht

b. Ben je het niet eens met de manier waarop wij jouw klacht hebben afgehandeld? Dan kun je ons vragen jouw klacht te herbeoordelen. Je kunt je herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, telefonisch of via onze website. Je ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 5 werkdagen geven wij je een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van jouw klacht, dan ontvang je hierover van ons een bericht.

c. Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als je jouw klacht in een andere taal voorlegt, moet je de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

d. Als De Friesland niet binnen zes weken op het verzoek tot heroverweging heeft gereageerd, of als het antwoord niet naar tevredenheid is, dan bestaat de mogelijkheid de klacht voor te leggen aan de Ombudsman van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist. Via internet: skgz.nl en info@skgz.nl of telefonisch: (088) 90 06 900. De Ombudsman neemt jouw klacht door en zoekt uit of er aanknopingspunten zijn om in de klacht te bemiddelen. Deze bemiddeling is voor jou als verzekerde gratis. Als de Ombudsman geen bemiddelingsruimte ziet, kun je de klacht voorleggen aan de Geschillencommissie van de SKGZ. Als je een bindend advies van de Geschillencommissie van de SKGZ wilt ontvangen, ben je entreegeld verschuldigd. De SKGZ stelt voorwaarden aan jouw verzoek voordat het in behandeling kan worden genomen. Voor de exacte voorwaarden verwijzen wij naar de website van de SKGZ: skgz.nl.

e. Je hebt, ook na een eventuele procedure bij de SKGZ, het recht om een geschil tussen jou en De Friesland aan de bevoegde burgerlijke rechter voor te leggen. Je kunt echter niet eerst het geschil aan de burgerlijke rechter voorleggen en daarna aan de SKGZ.

2.13. Verhaal op derden

Als een derde naar de mening van De Friesland voor de kosten voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde wettelijk aansprakelijk is, dan ben je, onverminderd het bepaalde in artikel 962 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, verplicht alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, inclusief het kosteloos verstrekken van alle inlichtingen die De Friesland nodig heeft voor het kunnen verhalen van de kosten. Als bij een jou overkomen ziekte, ongeval of letsel, een zodanige derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens jou aangifte te worden gedaan bij De Friesland en de bevoegde politie-instantie. In geen geval mag je zonder schriftelijke toestemming van De Friesland met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt een regeling in enige vorm treffen, waaronder het verlenen van kwijting, waardoor De Friesland in zijn rechten kan worden geschaad. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het hiervoor bepaalde met betrekking tot verhaal op derden, ben je verplicht De Friesland de daardoor geleden schade te vergoeden.

2.14. Aansprakelijkheidsbeperking

De Friesland is niet aansprakelijk voor schade die je lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder waarvan je zorg in het kader van de zorgverzekering hebt ontvangen. De eventuele aansprakelijkheid van De Friesland voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen bij de uitvoering van de zorgverzekering is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de overeenkomst ten laste van De Friesland zouden zijn gekomen.

2.15. Registratie persoonsgegevens

a. De Friesland is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea BV, De Friesland Zorgverzekeraar NV en Achmea Zorgverzekeringen NV zijn verantwoordelijk voor de verwerking van jouw gegevens. Als je een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij je om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea BV behorende bedrijven onder andere:
   - om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
   - om je te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea BV behorende bedrijven en deze aan jou aan te bieden;
   - om producten en diensten te verbeteren;
   - om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;

- voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyses;
- om risico's in te schatten;
- voor relatiebeheer;
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- uitoefenen van verhaalsrecht, samenloop en afkoop.

Voor een volledig overzicht van de mogelijke gebruiksdoeleinden van jouw gegevens verwijzen wij naar ons Privacy Statement, te raadplegen op onze website (defriesland.nl/consumenten/privacy).

Als wij jouw persoonsgegevens gebruiken, houden wij ons aan de wetten en regels voor privacy. Onder andere:

- de Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Uitvoeringswet Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars;
- het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen;
- gedragscode Persoonlijk Onderzoek;
- de Telecommunicatiewet.

b. Vanaf het moment dat jouw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en het CAK) jouw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Soms wisselen wij gegevens uit met andere verzekeraars om schade of kosten die wij vergoed hebben te verhalen, bijvoorbeeld op je reisverzekeraar als die óók dekking biedt naast je basisverzekering of aanvullende verzekering. Of op de aansprakelijkheidsverzekeraar van de persoon die de schade of kosten veroorzaakt heeft.

Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden jouw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kun je ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt jouw gegevens niet.

Voorbeeld

Als De Friesland je rekeningen rechtstreeks van de zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, wordt je zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder die jou behandelt, weet hoe je verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders jouw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij jou ook daadwerkelijk behandelen.

c. De Friesland is wettelijk verplicht jouw Burgerservicenummer (BSN) in de administratie op te nemen. Je zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht het BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook jouw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

d. Je vindt meer informatie in ons Privacy Statement op de website (defriesland.nl/consumenten/privacy). Hierin staan de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en jouw rechten.

Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mag De Friesland jouw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. 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 vind je op stichtingcis.nl.

2.16. Klachten over formulieren

Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) klagen over door De Friesland gehanteerde formulieren. De klacht kan betrekking hebben op formulieren die volgens de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Als je een dergelijke klacht hebt, kun je deze in eerste instantie bij De Friesland indienen. Als jehet niet eens bent met de afhandeling van je klacht door De Friesland, kun je jouw klacht daarna bij de NZa neerleggen. Op de website van de NZa (nza.nl) kun je zien hoe

je dit kunt doen. De NZa doet uitspraak in de vorm van een bindend advies, waaraan De Friesland verplicht is zich te houden.

Je kunt je klacht sturen naar:
Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
E-mail: info@nza.nl

2.17. Indienen van je nota

Je krijgt natuurlijk het liefst de beste zorg voor zo min mogelijk geregel. Daarom hebben we met de meeste zorgaanbieders afgesproken dat zij hun nota's rechtstreeks bij De Friesland indienen. Nota's van zorgaanbieders waarmee De Friesland (nog) geen contract heeft afgesloten worden meestal eerst door jou zelf betaald. Daarna kun je de nota bij De Friesland declareren. Doe dit in ieder geval binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin je bent behandeld. Indienen kan op de volgende manieren:

a. via onze gratis declaratie-app. Meer informatie hierover vind je op onze website;
b. online declareren via Mijn De Friesland. Meer informatie hierover vind je op onze website;
c. opsturen naar Postbus 270, 8901 BB Leeuwarden of inleveren bij ons servicepunt in Leeuwarden.

Heb je een nota van een zorgverlener zelf betaald? Dan kunnen wij je vragen om een betaalbewijs of om de originele nota. Dit geldt ook als je de nota contant hebt betaald. Als wij je vragen om een betaalbewijs of om de originele nota en wij deze informatie niet van jou krijgen, wijzen wij jouw declaratie (alsnog) af en krijg je hierover bericht. Een zorgnota is geen betaalbewijs, hierbij moet je bijvoorbeeld denken aan een schriftelijke bevestiging van de zorgverlener, een bewijs van een pinbetaling of bankafschrift.

Let op!

a. Als je nota's digitaal hebt ingediend, moet je de papieren originele nota's en betaalbewijzen nog minimaal twee jaar bewaren. Wij kunnen deze binnen deze periode nog opvragen voor controles.
b. Omdat wij ingezonden nota's niet meer terug kunnen sturen, adviseren we je een kopie van de originele nota te maken voor jouw eigen administratie.

Jouw declaratie snel behandeld

Wij proberen jouw declaratie altijd zo spoedig mogelijk in behandeling te nemen. Zorg er dan wel voor dat de gegevens op de nota goed leesbaar zijn en dat jouw verzekerdennummer of Burgerservicenummer hierop duidelijk is vermeld. De zorgverlener die jou behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek vermeld staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) jou heeft behandeld. Handgeschreven nota's nemen wij niet in behandeling. Wij accepteren ook geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, voorschotnota's, begrotingen, kostenramingen, niet volledig gebruikte 'rittenkaarten' (vooruitbetaling van meerdere behandelingen in een keer tegelijk) en dergelijke.

Wat moet er op de nota staan?

Jouw zorgverlener moet je een duidelijke uniforme nota geven, digitaal of op papier. Op een nota die je zelf indient (restitutienota) moeten minimaal de volgende gegevens vermeld staan:

- naam en adres van de zorgverlener;
- jouw naam, geboortedatum, adres- en woonplaatsgegevens;
- de inhoud van de gegeven zorg;
- de datum of de periode waarin de zorg is gegeven (bij vergoeding van de zorg gaat het om de datum van de behandeling of de levering. De datum van de rekening of de datum van een bestelling van een (hulp)middel is niet van belang);
- de kosten van de gegeven zorg;

- de juiste DBC-zorgproductcode als het gaat om medisch specialistische zorg;
- de juiste aanspraak-, prestatie-, indicatie- en diagnosecode indien van toepassing op de door jou gebruikte zorg;
- het nummer van de zorgverlener in het BIG-register (indien van toepassing);
- de AGB-code van de uitvoerende en, indien van toepassing en wanneer die anders is, ook de AGB-code van de declarerende zorgverlener voor wie het mogelijk is om bij Vektis een AGB-code aan te vragen en/of dat op basis van deze polisvoorwaarden voor vergoeding van de zorg verplicht is;
- de vereisten aan een rekening zoals de Belastingdienst die stelt voor de BTW.

Naast deze opsomming gelden de wet- en regelgeving van de NZa en de gegevens- en vormvereisten van Vektis.

Als de nota niet aan deze regels voldoet, kunnen wij deze niet in behandeling nemen.

Naast de regels van Vektis zijn er soms extra eisen voor bepaalde vergoedingen. Deze staan in de artikelen over de zorg die je hebt gebruikt.

Wij betalen alleen uit aan de verzekeringnemer

Je kunt jouw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar je recht op hebt, betalen wij altijd aan jou (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kun je een derde geen toestemming geven om voor jou een betaling in ontvangst te nemen.

Oude nota gevonden?

Heb je nog een oude nota liggen? Dien deze dan zo spoedig mogelijk bij ons in. Wij nemen nota's niet in behandeling als je deze later declareert dan drie jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. Twijfel je wat voor jouw nota van toepassing is? Neem dan gerust contact met ons op.

Inhoudsopgave

3. Inhoud van de verzekering 30

3.1. Audiologische zorg 30

3.2. Bariatrische chirurgie (bij obesitas) 30

3.3. Beademing 31

3.4. Dialyse 31

3.5. Erfelijkheidsonderzoek 32

3.6. Farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten) 32

3.7. Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 35

3.8. Huisartsenzorg 36

3.8.1. Huisartsenzorg algemeen 36

3.8.2. Preventieve voetzorg bij verhoogd risico op voetulcera 37

3.8.3. Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor verzekerden van 18 jaar en ouder 39

3.8.4. Ketenaanpak bij overgewicht en obesitas voor verzekerden tot 18 jaar 40

3.8.5. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen 41

3.9. Hulpmiddelenzorg 42

3.10. IVF (In-vitrofertilisatie) 44

3.11. Medisch specialistische zorg algemeen 45

3.12. Mondzorg (tandheelkunde) 47

3.12.1. Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden) 47

3.12.2. Reguliere tandheelkunde (achttien jaar en ouder) 49

3.12.3. Reguliere tandheelkunde (jonger dan achttien jaar) 51

3.12.4. Fronttandvervanging tot 23 jaar 53

3.13. Oncologieonderzoek bij kinderen 54

3.14. Paramedische zorg 54

3.14.1. Diëtetiek 54

3.14.2. Ergotherapie 54

3.14.3. Fysiotherapie en oefentherapie 55

3.14.4. Valpreventie voor ouderen (onderdeel van Ketenaanpak Valpreventie) 57

3.14.5. Logopedie 58

3.15. Plastische chirurgie 59

3.16. Revalidatie 60

3.16.1. Medisch specialistische revalidatie 60

3.16.2. Geriatrische revalidatie 61

3.17. Transplantaties van weefsels en organen 62

3.18. Trombosezorg 63

3.19. Verblijf 63

3.20. Verloskundige zorg en kraamzorg 65

3.20.1. Prenatale diagnostiek/screening 65

3.20.2. Bevalling en kraamzorg 66

3.21. Verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging) 67

3.22. Ziekenvervoer 69

3.22.1. Ambulancevervoer 69

3.22.2. Ziekenvervoer per eigen auto, (lig)taxi, openbaar vervoer 70

3.23. Zintuiglijk gehandicaptenzorg 72

3.24. Zorg bij Stoppen-met-rokenprogramma 73

3. Inhoud van de verzekering

3.1. Audiologische zorg

Inhoud zorg

Je hebt recht op het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, de voorlichting over het gebruik hiervan en de psychosociale zorg. Dit laatste kan nodig zijn in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

Wie mag deze zorg verlenen

Een audiologisch centrum.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, klinisch fysicus audioloog, triage-audicien of keel-, neus- en oorarts.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.2. Bariatrische chirurgie (bij obesitas)

Inhoud zorg

Als je 18 jaar of ouder bent heb je bij de volgende indicaties recht op zorg bestaande uit voorbehandeling voor indicatiestelling, operatieve behandelingen en nazorg gedurende ten minste een jaar:
- ernstig overgewicht met een BMI hoger dan 40, of een BMI van 35 tot 40 met comorbiditeit (het tegelijkertijd aanwezig zijn van verschillende obesitas-gerelateerde aandoeningen);
- diabetes mellitus type 2 (DM 2) en een BMI hoger dan 35;
- DM 2 en een BMI lager dan 35.

Je hebt uitsluitend recht op deze ingreep wanneer je aan alle indicatievoorwaarden voldoet zoals beschreven in de relevante en geldende richtlijnen van de beroepsgroep. De indicatie dient te worden gesteld door middel van een voortraject met uitgebreide voorlichting en multidisciplinaire screening door een bariatrisch chirurg, internist, diëtist, psycholoog en obesitasverpleegkundige. Verder dient de behandeling gekoppeld te zijn aan een multidisciplinair nazorgtraject van minimaal een jaar, door dezelfde disciplines als hiervoor genoemd.

Wie mag deze zorg verlenen

Je hebt recht op een operatie door een in deze chirurgie gespecialiseerde chirurg (bariatrisch chirurg) en voor- en nazorg door een gespecialiseerd, multidisciplinair team, met ten minste een internist, diëtist, psycholoog en een obesitasverpleegkundige.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.3. Beademing

Inhoud zorg

Je hebt recht op mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg, medisch noodzakelijk verblijf, verpleging en verzorging in een beademingscentrum. Als de beademing onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij je thuis plaatsvindt, dan bestaat de zorg uit:

a. het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de verzekerde gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
b. de met de mechanische beademing verband houdende medisch specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

Ook heb je bij beademing thuis recht op een vergoeding voor de elektriciteitskosten. Op onze website kun je het actuele dagtarief vinden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een beademingscentrum.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de longarts.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.4. Dialyse

Inhoud zorg

Je hebt recht op niet-klinische hemodialyse en peritoneaal dialyse, en de hierbij horende medisch specialistische zorg verleend in een dialysecentrum of thuis. Deze zorg kan gecombineerd worden met onderzoek, behandeling, verpleging en de voor deze behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van jezelf en van personen die jou helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis. Onder thuisdialyse is ook begrepen:

a. de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren of daarbij behulpzaam zijn;
b. bruikleen van de hemodialyse- of peritoneaaldialyseapparatuur met toebehoren;
c. de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), en van de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor de dialyse;
d. de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse;
e. de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse;
f. vergoeding van de kosten die redelijkerwijs nodig zijn voor noodzakelijke aanpassingen in en aan de woning en van het herstel in oorspronkelijke staat, voor zover andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
g. vergoeding van de overige redelijk te achten kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien.

Wie mag deze zorg verlenen

Een dialysecentrum.

Toestemming vooraf

Voor de kosten van noodzakelijke aanpassingen in en aan de woning heb je voorafgaande toestemming van De Friesland nodig. Hiervoor moet je een begroting van de kosten indienen.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.5. Erfelijkheidsonderzoek

Inhoud zorg

Je hebt recht op:

a. onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
b. de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding;
c. onderzoeken bij andere personen, als dit noodzakelijk is om jou te adviseren. Aan deze personen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, medisch specialist of verloskundige.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.6. Farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten)

Inhoud zorg

Onder farmaceutische zorg verstaan wij:

a. de in jouw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die jou ter hand gesteld worden;
b. daarbij horend advies en begeleiding voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, zoals apothekers die plegen te bieden.

De precieze voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en kun je vinden op onze website of bij ons opvragen.

a. Geregistreerde geneesmiddelen

Je hebt recht op geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die het geneesmiddel aan jou ter hand stelt. In bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering wordt het recht op een aantal in bijlage

1 opgenomen geneesmiddelen beperkt tot de in bijlage 2 genoemde indicaties. Je hebt dan alleen recht op het geneesmiddel wanneer je dat voor één van deze indicaties gebruikt. Bijlagen 1 en 2 kun je raadplegen via wetten.overheid.nl. Zie voor meer informatie ons Reglement Farmaceutische Zorg.

Op welk geneesmiddel heb je recht

Je hebt niet automatisch aanspraak op alle merken geneesmiddelen. Je hebt recht op een middel dat de werkzame stof bevat die de huisarts of medisch specialist heeft voorgeschreven. Controle van de overheid garandeert dat alle (merken) geneesmiddelen aan dezelfde eisen voldoen. Zijn er op basis van werkzame stof, sterkte en toedieningsroute identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heb je alleen recht op de geneesmiddelen die wij op grond van ons preferentiebeleid hebben aangewezen of het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Je kunt de actuele lijst van aangewezen geneesmiddelen vinden op onze website. In uitzonderlijke gevallen kan het voorkomen dat je vanwege een medische noodzaak (bijvoorbeeld een allergie of een intolerantie voor bepaalde hulpstoffen) toch op een duurder geneesmiddel van een ander merk bent aangewezen. De voorschrijver moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover lees je in de Begrippenlijst van ons Reglement Farmaceutische Zorg. In dit reglement staat ook nog een aantal aanvullende bepalingen voor het recht op specifieke geneesmiddelen. Je hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als je voldoet aan deze bepalingen.

b. Rationele farmacotherapie (niet-geregistreerde geneesmiddelen)

Je hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen en het daarbij horende advies en de begeleiding door degene die het geneesmiddel aan jou ter hand stelt, mits er sprake is van rationele farmacotherapie. Bij rationele farmacotherapie gaat het om geneesmiddelen die in de apotheek zijn bereid of geneesmiddelen die op verzoek van jouw arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, lid 1 onder mm van de Geneesmiddelenwet. Verder kan het gaan om geneesmiddelen die in de handel zijn in een ander land en bestemd zijn voor een patiënt die lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. Zie voor de nadere voorwaarden ons Reglement Farmaceutische Zorg.

Onder rationele farmacotherapie verstaan wij de behandeling van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Zie voor meer informatie ons Reglement Farmaceutische Zorg.

c. Dieetpreparaten

Je hebt alleen recht op dieetpreparaten als:

- je een aandoening hebt waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
- je niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
- is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. Je kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op wetten.overheid.nl;
- jouw arts of diëtist een ‘Verklaring dieetpreparaten’ heeft ingevuld en de medische speciaalzaak of apotheek heeft vastgesteld dat je aan de voorwaarden voor vergoeding voldoet.

Zie voor meer informatie ons Reglement Farmaceutische Zorg.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:

a. anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorragie (hevig bloedverlies);
b. geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
c. farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat je daar geen recht op hebt;

d. geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
e. geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
f. geneesmiddelen die (nagenoeg) gelijkwaardig zijn aan een niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
g. zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die je zonder recept kunt kopen;
h. alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vind je in het Reglement Farmaceutische Zorg;
i. homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
j. niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. Je hebt alleen recht op een niet geregistreerd allergeen als wij hiervoor een machtiging op individuele basis hebben afgegeven.

Wie mag de zorg genoemd onder a. t/m c. verlenen

Geneesmiddelen: een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers zoals bedoeld in artikel 61, vijfde lid van de Geneesmiddelenwet of een apotheekhoudend huisarts aan wie krachtens artikel 61 tiende of elfde lid van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend geneesmiddelen te leveren.

Instructie bij een aan een geneesmiddel gerelateerd hulpmiddel mag uitsluitend worden gegeven door de apotheek of apotheekhoudend huisarts die het betreffende geneesmiddel aan jou terhandstelt.

Dieetpreparaten: hiervoor contracteren wij alleen medische speciaalzaken. Een apotheek mag de dieetpreparaten ook leveren, maar dan is de vergoeding van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Voorschrift

De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige. Voor dieetpreparaten is een voorschrift nodig van een arts of diëtist.

Toestemming vooraf

In ons Reglement Farmaceutische Zorg kun je vinden wanneer je voorafgaande toestemming van De Friesland nodig hebt.

Eigen bijdrage

Sommige geneesmiddelen zijn door de overheid ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep van onderling vervangbare geneesmiddelen is een vergoedingslimiet vastgesteld. Deze is afgeleid van de gemiddelde prijs van de geneesmiddelen in deze groep. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger, dan betaal je zelf het verschil als eigen bijdrage met een maximum van € 250,- per kalenderjaar. Als jouw basisverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekenen wij deze eigen bijdrage als volgt: € 250 x (het aantal dagen van het kalenderjaar waarop de basisverzekering heeft gelopen of zal gaan lopen) : 365 = het bedrag van de eigen bijdrage, afgerond op hele euro's. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering zijn in onderdeel A de geneesmiddelen genoemd waarvoor een vergoedingslimiet geldt. Bijlage 1 wijzigt iedere maand en kun je raadplegen via wetten.overheid.nl.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico, met uitzondering van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek.

3.7. Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Inhoud zorg

Je hebt vanaf de leeftijd van 18 jaar recht op deze zorg als je een psychische stoornis hebt. Valt jouw psychische stoornis onder de diagnose basis GGZ of heeft jouw behandelaar jouw zorgvraagtype vastgesteld op 1 of 2? Dan heb je recht op GGZ in een monodisciplinaire setting. Is het nodig dat je wordt opgenomen voor de behandeling van jouw psychische stoornis? Dan heb je naast de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ook recht op:
a. verblijf met verpleging en verzorging;
b. paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens het verblijf bij de behandeling horen.
De inhoud en omvang van de te verlenen zorg worden begrensd door wat klinisch psychologen en psychiaters (medisch specialisten) als zorg plegen te bieden.

Psychiatrische ziekenhuisopname

Je hebt vanaf de leeftijd van 18 jaar recht op medisch noodzakelijk verblijf in een GGZ-instelling gedurende ten hoogste 1095 dagen (drie jaar). De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1095 dagen:
a. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
b. niet-psychiatrisch ziekenhuisverblijf;
c. eerstelijns verblijf.
Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de drie jaar. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de drie jaar.
Is het in verband met de behandeling noodzakelijk dat je langer dan 1095 dagen opgenomen blijft? Dan kun je in overleg met je zorgverlener een indicatie aanvragen voor de Wet langdurige zorg.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:
a. behandeling van aanpassingsstoornissen. Dit zijn psychologische aandoeningen waarbij ontregeling in gedrag ontstaat als reactie op een stressveroorzakende gebeurtenis, bijv. ontslag of echtscheiding;
b. hulp bij werk- en/of relatieproblemen;
c. geneeskundige ggz voor verzekerden tot 18 jaar, met of zonder verblijf. Dit valt onder de Jeugdwet. Je kunt hiervoor contact opnemen met jouw gemeente.

Wie mag deze zorg verlenen

Voor jouw behandeling is het nodig dat je een regiebehandelaar hebt. Welke GGZ-behandelaren regiebehandelaar mogen zijn, staat beschreven in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ 4.0.

Je zorgverlener moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben. Kijk hiervoor op de website van je zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist (psychiater, specialist ziekenhuis, SEH-arts (spoedeisende hulp), specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten), straatdokter of regiebehandelaar (bij doorverwijzing). Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg. De verwijzing moet voldoen aan de ‘Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg’ zoals gepubliceerd door het ministerie van VWS. Een verwijzing is maximaal negen maanden geldig. Dit betekent dat je aangemeld moet zijn bij de zorgverlener binnen negen maanden na het afgeven van de verwijzing. Zit er meer dan negen maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.

Toestemming vooraf

a. Wil je zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan is voorafgaande schriftelijke toestemming door De Friesland vereist voor:

- een psychiatrische behandeling met verblijf;

- ambulante GGZ wanneer je vanaf 1 januari 2027 meer dan € 4.000,- vergoeding van ons hebt gekregen voor niet-gecontracteerde ambulante GGZ. Heb je zorg van meer dan één niet-gecontracteerde zorgverlener voor ambulante GGZ? Dan tellen wij voor de berekening van de grens van € 4.000,-, de vergoeding van alle niet-gecontracteerde ambulante GGZ bij elkaar op. Bespreek dit met jouw zorgverlener, zodat je op tijd alle informatie hebt om de toestemming aan te vragen. Voor het aanvragen van toestemming moet je gebruikmaken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde ambulante GGZ zorg'. Dit staat op onze website. De toestemming is maximaal 12 maanden geldig. Je kunt de ambulante GGZ bij een zorgverlener zonder contract met ons dus wel starten. Maar wanneer je vanaf 1 januari 2027 hiervoor meer dan € 4.000,- vergoeding van ons hebt gekregen, moeten wij eerst een machtiging afgeven voordat je recht hebt op vergoeding voor het vervolg van jouw behandeling(en);
- gebruik van het geneesmiddel Spravato (esketamine) bij een moeilijk behandelbare depressie;
- behandeling in het buitenland.

Het bij jouw verzoek passende aanvraagformulier kun je vinden op onze website. Op jouw verzoek kunnen wij je dit ook toesturen.

b. Is voor jou langdurig medisch verblijf in een GGZ-instelling noodzakelijk (langer dan 365 dagen)? Dan heb je vooraf toestemming nodig. Jouw zorgverlener vraagt deze toestemming in de 9e en/of 21e maand van de behandeling bij ons aan. De toestemming is maximaal 12 maanden geldig.

Overgangsregeling

Voor de verplichting voor het aanvragen van toestemming voor niet-gecontracteerde ambulante GGZ geldt een overgangsregeling van een half jaar. Dat betekent dat als de zorg in 2026 of eerder is gestart, je de behandeling nog zonder toestemming kan afmaken tot en met 30 juni 2027. Heb je na 30 juni 2027 nog zorg nodig? Dan heb je vanaf 1 juli 2027 toestemming van ons nodig, als je vanaf 1 januari 2027 meer dan € 4.000,- vergoeding van ons hebt gekregen voor niet-gecontracteerde ambulante GGZ of deze grens na 1 juli 2027 wordt bereikt.

Tip!

Wacht altijd onze toestemming af voordat je aan je behandeling begint. Alleen dan krijg je de behandeling of het medicijn vergoed.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 65% (Zelf Bewust Polis) of 70% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.8. Huisartsenzorg

3.8.1. Huisartsenzorg algemeen

Inhoud zorg

Je hebt recht op zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Met huisartsenzorg bedoelen wij ook daarmee samenhangend door of namens de huisarts aangevraagd diagnostisch onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek.

Wie mag deze zorg verlenen

Een huisarts, huisartsendienstenstructuur of een gespecialiseerde verpleegkundige en/of praktijkondersteuner/verpleegkundig specialist/physician assistant die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

Het plaatsen van een spiraal/anticonceptiestaafje mag ook worden gedaan door een verloskundige.

Een huisarts is een arts die is ingeschreven als huisarts in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een huisartsendienstenstructuur is een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Een verpleegkundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een verpleegkundig specialist moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een physician assistant moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een verloskundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de tarieven die in rekening gebracht worden, voor zover die volgens de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.

In afwijking hiervan geldt voor door of namens de huisarts aangevraagd diagnostisch onderzoek (bijvoorbeeld laboratorium- of röntgenonderzoek) en voor het plaatsen van een spiraal/anticonceptiestaafje door een verloskundige voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico, met uitzondering van door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek. Dit valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek onder de dekking van deze verzekering valt, elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht.

3.8.2. Preventieve voetzorg bij verhoogd risico op voetulcera

Inhoud zorg

Heb je een verhoogd risico op voetulcera (wonden aan de voet) vanwege diabetes mellitus (suikerziekte), een andere aandoening of een medische behandeling? Dan heb je recht op preventieve voetzorg. De inhoud van de voetzorg die je ontvangt, is afhankelijk van je zorgprofiel (zorgprofiel 1, 2, 3 of 4). Je zorgprofiel wordt bepaald door de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verpleegkundig specialist of physician assistant. Voor de beoordeling hiervan gaat de arts uit van de Sims- of risicoclassificatie. Na de vaststelling van het zorgprofiel wordt er voor jou een persoonlijk behandelplan opgesteld. Dit doet een podotherapeut die daarvoor bekwaam en bevoegd is. Het aantal controles en de inzet van diagnostiek is mede afhankelijk van het zorgprofiel. Je hebt recht op de zorgonderdelen zoals opgenomen in de geldende zorgmodule over preventie van voetulcera van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP), voor zover deze volgens het Zorginstituut Nederland zijn aan te merken als geneeskundige zorg die onder de basisverzekering valt. Deze zorgmodule kun je vinden op onze website of kun je bij ons opvragen.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:

a. voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om cosmetische of verzorgende redenen of algemene nagelverzorging;

b. hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals orthesen. Deze worden niet onder dit artikel vergoed, maar kunnen in bepaalde gevallen wel worden aangemerkt als hulpmiddel zoals bedoeld in artikel 3.9.

Wie mag deze zorg verlenen

Een podotherapeut of een pedicure die onder verantwoordelijkheid van een podotherapeut werkzaam is en hiervoor een overeenkomst met de podotherapeut heeft. De podotherapeut is de hoofdbehandelaar. De podotherapeut declareert per kwartaal de kosten rechtstreeks bij ons. Ook als de pedicure de behandeling doet. Op de nota moet de podotherapeut het zorgprofiel en de prestatieomschrijving vermelden.

Een podotherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Je kunt dit controleren via kwaliteitsregisterparamedici.nl/kwaliteitsregister.

Een pedicure is:

a. bij een diabetische voet:
   • een medisch pedicure of een pedicure met de aantekening ‘voetverzorging bij diabetici’ (DV), ingeschreven in het ProCERT KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) (procert.nl/register) of;
   • een paramedisch chiropodist, medisch pedicure, of pedicure+ met de aantekening ‘voetverzorging bij diabetici’ (DV), ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo (stipezo.nl/register) of;
   • een medisch voetzorgverlener ingeschreven in het register Medisch voetzorgverleners van KABIZ (kabiz.nl/raadplegenregister).
b. bij een reumatische voet:
   • een medisch pedicure of een pedicure met de aantekening ‘voetverzorging bij reumapatiënten’ (RV), ingeschreven in het ProCERT KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) (procert.nl/register) of;
   • een paramedisch chiropodist, medisch pedicure, of pedicure+ met de aantekening ‘voetverzorging bij reumapatiënten’ (RV), ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo (stipezo.nl/register) of;
   • een medisch voetzorgverlener ingeschreven in het register Medisch voetzorgverleners van KABIZ (kabiz.nl/raadplegenregister).
c. bij een andere indicatie die leidt tot een verhoogd risico op voetulcera:
   • een medisch pedicure ingeschreven in het ProCERT KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) (procert.nl/register) of;
   • een paramedisch chiropodist of medisch pedicure ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo (stipezo.nl/register).

Verwijzing

Je hebt een verklaring nodig van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verpleegkundig specialist of physician assistant. In deze verklaring wordt vastgelegd in welk zorgprofiel je bent ingedeeld. Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of en op welke preventieve voetzorg je onder dit artikel recht hebt.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

3.8.3. Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Inhoud zorg

Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een programma van minimaal twee jaar, gericht op het bereiken van een blijvende leefstijlverandering. Het programma bestaat uit een intensieve behandelfase en een onderhoudsfase. Binnen de GLI gaat het om het aanleren van gezond gedrag, op het gebied van voeding, eetpatroon en bewegen. De gedragsverandering is erop gericht de gezonde leefstijl blijvend op te nemen in het dagelijks leven en schenkt ook aandacht aan zaken als stress en onvoldoende slaap. Je hebt recht op een GLI als je aan de volgende voorwaarden voldoet:

- Je bent 18 jaar of ouder. Uitzondering: je bent 16-18 jaar en hebt volgens jouw behandelaar baat bij een GLI voor volwassenen.
- Je hebt een matig, sterk of extreem verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) volgens de richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) en Care for Obesity (C4O). Jouw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist beoordeelt of je aan deze voorwaarde voldoet.
- Je bent voldoende gemotiveerd voor deelname aan het programma. Jouw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en de zorgverlener van de GLI beoordelen of je voldoende gemotiveerd bent.

Een eenmaal gestart programma moet worden afgemaakt bij dezelfde zorgaanbieder.

Je hebt alleen recht op programma's die:

a. als verzekerde zorg zijn aangemerkt en;
b. als GLI zijn erkend in het RIVM-register van het Loket Gezond Leven. Zie loketgezondleven.nl/zorgstelsel/gecombineerde-leefstijlinterventie.

> **Tip**
> Neem contact met ons op als je twijfelt of het programma dat je wilt volgen aan bovenstaande eisen voldoet.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:

a. begeleiden bij bewegen, bijvoorbeeld door een fysio- of oefentherapeut:
b. sport- en bewegingsactiviteiten.

Wie mag deze zorg verlenen?

De zorgverlener moet minimaal beschikken over de competenties op het niveau van hbo-leefstijlcoach en met een aantekening GLI ingeschreven staan in één van de volgende registers:
a. het Register voor Leefstijlcoaches van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) óf;
b. het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of het deelregister van het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) óf;
c. in het geval van diëtisten of oefentherapeuten, het kwaliteitsregister Paramedici.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Deze beoordeelt of het deelnemen aan een GLI geschikt is in jouw situatie, of je voldoende gemotiveerd bent en welk programma het best passend is voor jou.

Toestemming vooraf

Als je wilt deelnemen aan een GLI bij een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben, moeten wij hier voorafgaand aan de start van het programma toestemming voor hebben verleend. Op deze manier ben je er zeker van dat de kosten (gedeeltelijk) worden vergoed en dat de zorg aan onze kwaliteitseisen voldoet. Voor het aanvragen van toestemming moet jouw zorgverlener gebruikmaken van het formulier

‘aanvraagformulier niet gecontracteerde Gecombineerde Leefstijlinterventies’ dat te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de naam van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en de verwijsbrief van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist waarop staat dat je een matig, sterk of extreem verhoogd GGR heeft;
- de naam en de AGB-code van de zorgverlener die het GLI-programma begeleidt;
- de naam van het GLI-programma.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

3.8.4. Ketenaanpak bij overgewicht en obesitas voor verzekerden tot 18 jaar

Inhoud zorg

Kinderen jonger dan 18 jaar met een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) of hoger volgens de richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) en Care for Obesity (C4O), hebben in het kader van een ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas recht op zorg en ondersteuning, voor zover deze volgens het Zorginstituut Nederland als verzekerde zorg zijn aan te merken. Jouw huisarts, kinderarts, jeugdverpleegkundige of jeugdarts beoordeelt of je aan deze voorwaarde voldoet. Bij vaststelling van een matig verhoogd GGR of hoger volgt verwijzing naar een Centrale Zorgverlener (CZV), die een uitgebreide intake en analyse van de problematiek uitvoert en een plan van aanpak opstelt. Als uit het plan van aanpak gemotiveerd blijkt dat je op een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) aangewezen bent, heb je naast recht op een GLI ook recht op verdere begeleiding en coördinatie van de CZV. De CZV begeleidt en coördineert binnen de keten de juiste ondersteuning en zorg op het juiste moment door de juiste professional voor het kind en het gezin en zorgt voor samenhang in de ketenaanpak.

De GLI is een interventie met een doorlooptijd van maximaal 24 maanden, gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering. De inzet van de CZV kan binnen deze ketenaanpak in zijn totaliteit maximaal 3,5 jaar duren. De fase tussen het uitvoeren van de intake en analyse en de start van de GLI (tussenfase) heeft een maximale duur van 6 maanden.

Je hebt alleen recht op GLI-programma’s voor kinderen waarvan de effectiviteit door het RIVM op een voldoende niveau is vastgesteld en bewezen en die zijn aangemerkt als verzekerde zorg door Zorgverzekeraars Nederland/Zorginstituut Nederland en De Friesland.

Tip

Kijk op https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/ketenaanpak-kinderen-met-overgewicht/beleid-en-contract of neem contact met ons op als je twijfelt of het programma dat je wilt volgen aan bovenstaande eisen voldoet.

Let op!

Als je 16 of 17 jaar bent en jouw huisarts de zorg passend voor jou vindt, dan heb je ook recht op een GLI voor volwassenen uit 3.8.3. Zorg op grond van dit artikel en 3.8.3 kan niet tegelijkertijd plaatsvinden.

Wie mag deze zorg verlenen?

De rol van Centrale zorgverlener moet worden uitgevoerd door een zorgverlener die als Centrale Zorgverlener (CZV) staat ingeschreven in het/de erkende register(s) voor Centrale Zorgverleners.

De GLI moet worden uitgevoerd door een zorgverlener die als kinderleefstijlcoach staat ingeschreven in het erkende register voor Kinderleefstijlcoaches dat is opgesteld en beheerd wordt door de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN).

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, kinderarts, jeugdverpleegkundige of jeugdarts. Deze beoordeelt of het deelnemen aan een GLI geschikt is in jouw situatie, of je voldoende gemotiveerd bent en welk programma het best passend is voor jou. Een jeugdverpleegkundige mag niet naar zichzelf verwijzen.

Toestemming vooraf

Verlenging van de tussenfase is alleen mogelijk als daar duidelijke argumenten voor zijn en wij hier vooraf toestemming voor hebben verleend. De CZV moet daartoe een gemotiveerde aanvraag bij ons indienen via onze website.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

3.8.5. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

Inhoud zorg

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuiswonen. De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische (lichamelijke), het psychische en/of op het gedragsmatige gebied. Het gaat hierbij onder andere om:

- oudere mensen met complexe aandoeningen (somatische en/of psychische);
- mensen met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen (musculair of neurologisch) zoals bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington en multiple sclerose;
- mensen met niet-aangeboren hersenletsel;
- mensen met een verstandelijke beperking.

De zorg kan zowel groepsgewijs als individueel zijn en bestaat uit:

- generalistische geneeskundige zorg gericht op kwetsbare patiënten, zoals ouderen en mensen met een verstandelijke beperking. De behandeling is dan gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag aan het systeem van de patiënt. Het gaat om vaardigheden en gedrag over hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de patiënt.
- zorg die niet meer op genezing is gericht, maar op het omgaan met de problemen en beperkingen die uit de aandoening voortvloeien.

De omvang van de zorg die je ontvangt wordt bepaald door jouw zorgvraag en de professionele afweging die geldt voor de specifieke zorg die aangeboden wordt. Deze worden door een regiebehandelaar gzsp vastgelegd in een behandelplan. Daarnaast heb je recht op röntgen- en laboratoriumonderzoek die samenhangt met deze zorg.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg worden begrensd door wat huisartsen, klinisch psychologen en paramedici als zorg plegen te bieden.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht (meer) op deze zorg wanneer:

a. de behandeldoelen zijn behaald of als er geen behandeldoelen meer zijn.
b. een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) is afgegeven.

Wie mag deze zorg verlenen?

Een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten. De behandeling kan ook worden geleverd door een multidisciplinair team onder regie van de regiebehandelaar gzsp.

Een specialist ouderengeneeskunde moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een arts verstandelijk gehandicapten moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

De regiebehandelaar gzsp is een BIG-geregistreerde GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist, gedragswetenschapper, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychiater die verantwoordelijk is voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan.

Een gedragswetenschapper is een HBO- of Master opgeleide GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, orthopedagoog(-generalist) of kinder- en jeugdpsycholoog, of daaraan gelijkwaardige BIG-geregistreerde zorgverlener.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.9. Hulpmiddelenzorg

Inhoud zorg

Je hebt recht op functionerende hulp- en wondverzorgingsmiddelen zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering. In het door De Friesland vastgestelde Reglement Hulpmiddelenzorg zijn toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumerichtlijnen opgenomen. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en is te raadplegen op onze website. Ook kan dit reglement je op jouw verzoek worden toegestuurd.

Let op!

Je hebt uitsluitend recht op wondverzorgingsmiddelen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Wie mag deze zorg verlenen?

Een leverancier van hulpmiddelen. Als je voor een hulpmiddel naar een niet-gecontracteerde leverancier gaat, moet deze soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn kun je per hulpmiddel vinden in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Let op!

Heb je een Alles Verzorgd Polis en heb je stoma- en/of incontinentiemateriaal en/of diabeteshulpmiddelen nodig? Dan ontvang je alleen een volledige vergoeding als je deze bestelt bij een specifiek hiervoor door ons gecontracteerde medisch speciaalzaak. Wil je deze hulpmiddellen bij een zorgverlener bestellen met wie wij hiervoor geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een specifiek hiervoor door ons gecontracteerde medisch speciaalzaak.

Meer hierover lees je in 2.7.4 Niet-gecontracteerde zorgaanbieders.
Wil je weten met welke medisch speciaalzaken wij een contract hebben? Gebruik dan onze Zorgzoeker.

Heb je een Zelf Bewust Polis? En heb je diabetes-, incontinentie-, stoma- en/of wondverzorgingshulpmiddelen (DISW-hulpmiddelen) nodig? Dan ben je verplicht deze hulpmiddelen online bij de medische speciaalzaak te bestellen. Met online bestellen bedoelen wij dat je de hulpmiddelen bestelt via een webshop of een andere beveiligde omgeving op de website van de medische speciaalzaak die specifiek bedoeld is voor het online bestellen van hulpmiddelen. Op onze website kun je in onze Zorgzoeker vinden bij welke medische speciaalzaken je hiervoor terecht kunt. Ook vind je op onze website een lijst met veel voorkomende DISW-hulpmiddelen. Bestel je deze hulpmiddelen niet bij een medische speciaalzaak? Dan krijg je geen vergoeding.

Hulpmiddelen in bruikleen

Voor enkele hulpmiddelen geldt dat deze in bruikleen worden verstrekt. In het Reglement Hulpmiddelenzorg is aangegeven welke hulpmiddelen dit betreft. Hulpmiddelen worden alleen in bruikleen verstrekt door leveranciers waarmee De Friesland hiervoor een overeenkomst heeft gesloten. Voor verstrekking hiervan kun je dus niet terecht bij een niet-gecontracteerde leverancier. Mocht je toch een bruikleenhulpmiddel in eigendom willen aanschaffen bij een niet-gecontracteerde leverancier, dan is in het Reglement Hulpmiddelenzorg aangegeven hoe wij in dat geval de vergoeding berekenen.

Let op!

Als je ervoor kiest een bruikleenhulpmiddel in eigendom aan te schaffen, kan de vergoeding ten laste van je verplichte en vrijwillige eigen risico komen. Hulpmiddelen in bruikleen komen niet ten laste van het eigen risico, met uitzondering van bijbehorende verbruiksartikelen.

Eigen bijdrage

In een aantal gevallen genoemd in de Regeling zorgverzekering ben je een eigen bijdrage verschuldigd ter hoogte van:

a. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde maximaal te vergoeden bedrag;
b. een bedrag wegens besparing van kosten.

Als dit het geval is, is dit vermeld in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Toestemming vooraf

Voor sommige hulpmiddelen heb je pas recht op aanschaf, reparatie, wijziging of vervanging van een hulpmiddel na voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland. Als voorafgaande toestemming nodig is, is dit vermeld in het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventuele eigen bijdrage vergoeden wij niet. De kosten van normaal

gebruik zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald, voor jouw rekening. Onder de kosten van normaal gebruik verstaan wij onder meer de kosten van energiegebruik en batterijen.

Let op!
Wij vergoeden geen hulpmiddelen geleverd door een niet-gecontracteerde leverancier die niet aan de door De Friesland gestelde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoet. Raadpleeg daarom altijd het Reglement Hulpmiddelenzorg.

Eigen risico
Deze zorg valt onder het eigen risico, met uitzondering van hulpmiddelen die je in bruikleen krijgt.

Let op!
Verzekerden van 18 tot 21 jaar hebben recht op vergoeding van een spiraal/anticonceptiestaafje en de plaatsing daarvan. Bij plaatsing door een huisarts of verloskundige geldt het eigen risico alleen voor de spiraal/het anticonceptiestaafje en niet voor de plaatsing. Bij plaatsing door een gynaecoloog geldt het eigen risico voor zowel de spiraal/het anticonceptiestaafje als voor de plaatsing.

3.10. IVF (In-vitrofertilisatie)

Inhoud zorg
Als je op het moment van aanvang van de zorg jonger bent dan 43 jaar, heb je recht op:

a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
b. de follikelpunctie;
c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
d. het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte, met als doel zwangerschap te doen ontstaan.

Voorafgaand aan jouw aanvraag heb je een medische indicatie nodig van jouw behandelend arts. Hieruit moet blijken dat je recht hebt op IVF of ICSI.

Je hebt uitsluitend recht op de eerste, tweede en derde IVF-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. Er is sprake van een IVF-poging vanaf het moment dat een follikelpunctie is geslaagd, ongeacht of er daadwerkelijk eicellen worden verkregen. Na een doorgaande zwangerschap heb je opnieuw recht op drie IVF-pogingen zolang je bij aanvang van een poging jonger bent dan 43 jaar. Van een doorgaande zwangerschap is sprake:

a. bij een spontaan ontstane zwangerschap van ten minste twaalf weken, gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie;
b. vanaf tien weken na de geslaagde follikelpunctie;
c. vanaf negen weken en drie dagen zwangerschap na de implantatie van gecryopreserveerde embryo's.

Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF-poging waaruit ze zijn ontstaan, zolang er geen doorgaande zwangerschap is ontstaan. Als er wel een doorgaande zwangerschap is ontstaan, mogen na deze zwangerschap ook de overige ingevroren embryo's worden teruggeplaatst. Als dit niet tot resultaat leidt, kun je weer met een IVF-behandeling starten. Deze geldt dan als een eerste poging. Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-behandeling. Een IVF-behandeling kan ook tot stand worden gebracht door middel van eiceldonatie.

Uitsluitingen

a. Als je jonger bent dan 38 jaar, heb je bij de eerste en tweede IVF-poging geen recht op terugplaatsing van meer dan één embryo.

b. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel vallen niet onder IVF.
c. Na de eerste, tweede en derde IVF- poging heb je geen recht meer op een vierde of volgende poging per te realiseren doorgaande zwangerschap, waaronder begrepen de kosten van de in dat verband benodigde geneesmiddelen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een instelling voor IVF en ICSI met de daartoe wettelijk vereiste vergunningen.

Toestemming vooraf

Voor behandeling in een instelling in het buitenland moeten wij jou vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Dit geldt ook voor andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF of ICSI.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.11. Medisch specialistische zorg algemeen

In de volgende artikelen van dit hoofdstuk zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt:

- artikel 3.1: audiologische zorg;
- artikel 3.2: bariatrische chirurgie (bij obesitas);
- artikel 3.3: beademing;
- artikel 3.4: dialyse;
- artikel 3.5: erfelijkheidsonderzoek;
- artikel 3.7: psychiatrische ziekenhuisopname (GGZ);
- artikel 3.10: IVF/ICSI;
- artikel 3.13: oncologieonderzoek bij kinderen;
- artikel 3.15: plastische chirurgie;
- artikel 3.16: revalidatie;
- artikel 3.17: transplantaties van weefsels en organen;
- artikel 3.18: trombosezorg;
- artikel 3.19: verblijf;
- artikel 3.20.2: bevalling en verloskundige zorg.

Inhoud zorg

Je hebt recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:

a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
b. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
d. behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de mannelijke verzekerde die niet medisch noodzakelijk zijn. Bijvoorbeeld behandelingen uit culturele of religieuze overwegingen;
e. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg voor een vrouwelijke verzekerde van 43 jaar of ouder, tenzij er sprake is van een IVF-poging die is begonnen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
f. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist of sportarts werkzaam in een ziekenhuis of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Wij vergoeden geen behandelingen in een privékliniek.

Voor een sportarts geldt dat deze ook werkzaam mag zijn in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of Sportmedische Instelling (SMI).

Een medisch specialist is een arts die als medisch specialist is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een sportarts is een arts die met het specialisme Sportgeneeskunde is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, jeugdarts, arts-assistent, verloskundige (voor gynaecologie, klinische genetica en centrum voor prenatale diagnostiek of naar de internist wanneer er een vermoeden is op zwangerschapsdiabetes), tandarts (voor dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO), kaakchirurg, tandarts/orthodontist (voor kaakchirurgie of dermatologie), medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, triage-audicien (alleen voor KNO-arts), klinisch fysicus audioloog (alleen voor KNO-arts), klinisch technoloog, optometrist (bij oogzorg), orthoptist (bij oogzorg), GGD-arts (bij TBC of SOA), verslavingsarts, forensisch arts, verpleegkundig specialist of physician assistant.
Naar een kinderarts mag je ook zijn doorverwezen door het RIVM, wanneer er sprake is van een positieve/ afwijkende hielprikscreening bij een pasgeborene.
Woon je in een verpleeghuis en heb je geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts die in jouw verpleeghuis werkt jou doorverwijzen.
Voor een second opinion door een medisch specialist heb je een verwijzing nodig van de huisarts of de behandelend medisch specialist.

Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.

Toestemming vooraf

Onderga je een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van jouw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heb je vooraf toestemming van ons nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet je zorgverlener gebruikmaken van het formulier ‘aanvraag machtiging niet-gecontracteerde polysomnografie’, dat op onze website staat.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Let op!

Voor zelfstandige behandelcentrums (ZBC's) gaan wij uit van de ZBC-tarievenlijst. De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en ZBC's staan ook op onze website of kun je bij ons opvragen. Wanneer een extramuraal werkend specialist geen contract met ons heeft, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde ZBC's.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12. Mondzorg (tandheelkunde)

3.12.1. Bijzondere tandheelkunde (alle leeftijden)

Inhoud zorg

Je hebt recht op bijzondere tandheelkunde voor zover er sprake is van zorg zoals tandartsen plegen te bieden en die noodzakelijk is in een van de volgende situaties:

a. Je hebt een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat je zonder die zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening. Je hebt daarnaast ook recht op het aanbrengen van implantaten als je een zeer ernstig geslonken tandenloze kaak hebt. Bovendien moet het implantaat zijn bedoeld om hierop een uitneembare prothese te bevestigen.
b. Je hebt een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening en je kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening.
c. Je moet een niet-tandheelkundige medische behandeling ondergaan die zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en je kunt zonder die zorg geen tandheelkundige functie behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke je zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Let op!

Orthodontische zorg door een orthodontist, door een tandarts die staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Vereniging Tandartsen voor Orthodontie (OK Register), of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde valt alleen onder bijzondere tandheelkunde als je een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mond-stelsel hebt, vergelijkbaar met een schisisafwijking. Hierbij moet medediagnostiek of medebehandeling van een kaakchirurg of van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:

- reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening als je deze verliest of beschadigt door jouw eigen schuld of nalatigheid (code F811A);
- beugelcategorie 0 (myofunctionele apparatuur);
- beugelcategorie 7 (vacuümgevormde beugels, aligners) wanneer daar in jouw individuele situatie geen medische reden voor is of wanneer de kosten van de behandeling met vacuümgevormde beugels of aligners hoger zijn dan die van de behandeling met andersoortige beugels.

Wie mag deze zorg verlenen

a. Een tandarts, mondhygiënist, of tandprotheticus, gespecialiseerd in de behandeling van specifieke problemen in de mondzorg of in de behandeling van gehandicapte of angstige patiënten;
b. Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde;
c. Een kaakchirurg;
d. Een orthodontist of een tandarts die staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Vereniging Tandartsen voor Orthodontie (OK Register);
e. Een NVGPT erkende tandarts-gnatholoog;
f. Een narcose- of lachgasbehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcose- en/of lachgasbehandelingen;

g. Een autotransplantaat (diagnostiek en het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies) moet uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg;
h. Voor het aanbrengen van een implantaat mag de zorg uitsluitend worden verleend door een gespecialiseerde tandarts op het gebied van implantologie of een kaakchirurg. Het klikgebit mag ook worden geleverd door een tandprotheticus;
i. Voor orthodontie als onderdeel van de bijzondere tandheelkunde mag de zorg uitsluitend worden verleend door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde;
j. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) mogen uitsluitend worden uitgevoerd door een door de NVGPT erkende tandarts-gnatholoog of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde;
k. Zygoma-implantaten vergoeden wij alleen als de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals beschreven in de afspraken voor gepast gebruik die onderdeel uitmaken van het 'Standpunt Zygoma implantaten bij een extreem atrofische bovenkaak' van Zorginstituut Nederland..

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een mondhygiënist moet zijn opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Een tandprotheticus moet voldoen aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Een kaakchirurg moet zijn ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een orthodontist moet zijn ingeschreven in het register voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) is een instelling voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, die zich kenmerkt door een samenwerkingsverband van gedifferentieerde mondzorgverleners met specifieke deskundigheden, vaardigheden, kennis en faciliteiten respectievelijk ondersteuning door andere disciplines (zoals psychologie, fysiotherapie en logopedie). In een CBT wordt consultatie, diagnostiek en behandeling verleend aan patiënten met bijzondere (tandheelkundige) problematiek, veelal in multidisciplinair verband.

Verwijzing

Voor een behandeling door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde heb je een verwijzing nodig van jouw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist.
Voor een behandeling door een kaakchirurg heb je een verwijzing nodig van jouw tandarts, huisarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist.

Toestemming vooraf

a. Vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder dit artikel vindt alleen plaats als De Friesland voorafgaand aan de behandeling schriftelijk toestemming heeft verleend. Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek, een behandelplan met begroting en zo nodig beschikbare röntgenfoto's en/of lichtfoto's.
b. Wij hanteren een maximumvergoeding voor de kosten van algehele verdoving/narcose (A20). Deze maximumvergoeding kan je terugvinden op onze website of kan je bij ons opvragen. Zijn de kosten hoger? Dan moeten wij jou daar vooraf toestemming voor hebben gegeven.

Eigen bijdrage

Als je achttien jaar of ouder bent, kun je voor de zorg genoemd onder dit artikel een eigen bijdrage verschuldigd zijn tot ten hoogste het bedrag dat bij jou in rekening zou worden gebracht als er geen sprake was van bijzondere tandheelkunde. Je bent deze eigen bijdrage verschuldigd voor zorg die niet rechtstreeks

in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. Angstpatiënten zijn deze eigen bijdrage altijd verschuldigd. In artikel 3.12.2 kun je vinden om welke eigen bijdrage(n) dit gaat.
Als de zorg genoemd onder dit artikel bestaat uit een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, bedraagt de eigen bijdrage 8% van de kosten voor de bovenkaak en 10% van de kosten voor de onderkaak.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Een eventuele eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Let op!
Wij hanteren een maximumvergoeding voor de kosten van algehele verdoving/narcose (A20). Deze maximumvergoeding kan je terugvinden op onze website of kan je bij ons opvragen. Zijn de kosten hoger? Dan moeten wij jou daar vooraf toestemming voor hebben gegeven. Bij verzekerden tot 18 jaar die toestemming hebben gekregen voor behandeling onder algehele verdoving/narcose, vergoeden wij de tandheelkundige behandeling alleen wanneer deze via het tijdtarief (U05/X831/X731) is gedeclareerd en niet wanneer deze via reguliere prestatiecodes is gedeclareerd.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12.2. Reguliere tandheelkunde (achttien jaar en ouder)

Inhoud zorg

Als je achttien jaar of ouder bent, kun je naast de onder artikel 3.12.1 genoemde bijzondere tandheelkunde recht hebben op:

a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij horende röntgenonderzoek, met uitzondering van:
   - ongecompliceerde extracties inclusief het daarbij horende röntgenondezoek;
   - parodontale chirurgie;
   - het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.

b. een uitneembaar volledig kunstgebit of klikgebit voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembaar volledig klikgebit te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort ook het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur;

c. reparatie en rebasing van een bestaand uitneembaar volledig kunstgebit of klikgebit of van een bestaand volledig overkappingskunstgebit.

Uitsluiting

Je hebt geen recht op vergoeding van de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen het volledige overkappingskunstgebit en de natuurlijke elementen (jouw eigen tandwortels).

Wie mag deze zorg verlenen

Zorg genoemd onder a.: een kaakchirurg.

Zorg genoemd onder b.: een tandprotheticus of tandarts.

Zorg genoemd onder c.: een tandprotheticus of tandarts. Voor reparaties (dus niet rebasen) mag een tandtechnicus de zorg ook verlenen, maar alleen als sprake is van reparaties aan een uitneembaar volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak en als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt

het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in het kunstgebit waarbij de delen van het kunstgebit eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan het kunstgebit.

Een kaakchirurg moet zijn ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een tandprotheticus moet voldoen aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verwijzing

Voor een behandeling door de kaakchirurg heb je een verwijzing nodig van jouw huisarts, tandarts, tandarts-specialist, orthodontist, mondhygiënist, tandprotheticus, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist of jeugdarts. Een mondhygiënist mag jou alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie van de slijmvliezen in de mond. Dit mag niet veroorzaakt worden door problemen aan gebitselementen of tandvlees. Een tandprotheticus mag jou alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze mond. Ga je voor de zorg onder b. naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet jouw tandarts of kaakchirurg jou hebben doorverwezen.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming door De Friesland is vereist in de volgende situaties:

a. de zorg bestaat uit het trekken van een of meer tanden of kiezen onder narcose;
b. de zorg bestaat uit een osteotomie (kaakstandcorrectie);
c. er is sprake van vervanging van het kunstgebit of klikgebit (met uitzondering van het tijdelijke kunstgebit of klikgebit) binnen vijf jaar na aanschaf en voor een tijdelijk kunstgebit of klikgebit (code P023) binnen een half jaar;
d. je laat een nieuw volledig klikgebit op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor boven- en/of onderkaak maken;
e. je laat een volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak maken, plaatsen, aanpassen of herstellen en de materiaal- en techniekkosten zijn hoger dan ons maximumbedrag;
f. correctie van de kaak in combinatie met het trekken van een of meer tanden of kiezen;
g. kinplastiek als zelfstandige verrichting;
h. botopbouw voor en/of tijdens een implantologische behandeling (pre- en per-implantologische chirurgie);
i. het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
j. plastische chirurgie;
k. voor de "Toeslag zeer ernstig geslonken kaak" (code P044). Hier heb je alleen recht op als je aanspraak hebt op tandheelkundige implantaten en je besluit deze niet te laten plaatsen.

Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek, een behandelplan met begroting en zo nodig beschikbare röntgenfoto's. Het behandelplan moet zijn opgesteld door jouw tandarts, orthodontist of kaakchirurg, voor zover deze daartoe bekwaam en bevoegd is.

Eigen bijdrage

a. Voor een uitneembaar volledig kunstgebit of klikgebit voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten, is de eigen bijdrage 25% van de kosten van die voorziening.
   In afwijking hiervan is de eigen bijdrage:
   - 8% van de kosten per voorziening voor de bovenkaak en 10% van de kosten per voorziening voor de onderkaak, als de zorg bestaat uit een uitneembaar volledig klikgebit te plaatsen op tandheelkundige implantaten;
   - 17% van de kosten voor het gelijktijdig plaatsen van een kunstgebit op de ene kaak en een klikgebit op tandheelkundige implantaten op de andere kaak (code J080).

b. Voor reparatie en overzetting (rebasing) is de eigen bijdrage 10% van de kosten.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventuele eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Voor een uitneembaar volledig kunstgebit of klikgebit (en reparatie en rebasen daarvan) is een wettelijke eigen bijdrage van toepassing. Ga je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Dan berekenen wij deze wettelijke eigen bijdrage over het gemiddeld gecontracteerd tarief. Maar is het notabedrag/gedeclareerde bedrag lager dan het gemiddeld gecontracteerd tarief, dan berekenen wij de wettelijke eigen bijdrage over het notabedrag/gedeclareerde bedrag. Na aftrek van de wettelijke eigen bijdrage vergoeden wij 75% (Zelf Bewust Polis) of 80% (Alles Verzorgd Polis) van het resterende bedrag tot maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddeld gecontracteerde tarief waar eerst de wettelijke eigen bijdrage berekend over het gemiddeld gecontracteerde tarief op in mindering is gebracht.

Let op!

Wij hanteren maximumbedragen aan materiaal- en techniekkosten voor:

- het maken van een uitneembare volledig kunstgebit of klikgebit voor boven- en/of onderkaak, al dan niet op implantaten;
- het repareren en rebasen van een volledig kunstgebit of klikgebit;
- tandheelkundige implantaten.

Je kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.12.3. Reguliere tandheelkunde (jonger dan achttien jaar)

Inhoud zorg

Als je jonger dan achttien jaar bent, heb je naast de onder artikel 3.12.1 genoemde bijzondere tandheelkunde recht op:

a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij je tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
b. een incidenteel tandheelkundig consult;
c. het verwijderen van tandsteen;
d. een fluoridebehandeling vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen: maximaal tweemaal per jaar op maximaal 12 elementen, tenzij je tandheelkundig voor meer dan 12 elementen per jaar of meer dan tweemaal per jaar op die hulp bent aangewezen;
e. sealing;
f. parodontale hulp;
g. anesthesie (plaatselijke verdoving);
h. endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
j. gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen);
k. uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Uitsluitingen

Wij vergoeden geen:

- cosmetische behandelingen;
- behandelingen van witte vlekken (codes M80 en M81);
- therapeutische injecties met botox (code G44);
- uitgebreid onderzoek ten behoeve van het opstellen, vastleggen en verstrekken van behandelplan aan de patiënt (code C012);
- reguliere orthodontische hulp.

Wie mag deze zorg verlenen

Zorg genoemd onder a. t/m m. met uitzondering van autotransplantaten: een tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus. De zorg genoemd onder a. t/m g., i. en m. mag in plaats daarvan ook worden verleend door de mondhygiënist. Voor de zorg genoemd onder i. geldt dit alleen voor één- en tweevlaksvullingen. Voor de zorg genoemd onder g., i. en m. is een opdracht van de tandarts aan de mondhygiënist nodig, tenzij de zorg wordt verleend door een geregistreerd-mondhygiënist op grond van het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist. Een autotransplantaat (diagnostiek en het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies) moet uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een kaakchirurg moet zijn ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een tandprotheticus moet voldoen aan de eisen van het ‘Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus’.

Een mondhygiënist moet zijn opgeleid zoals bedoeld in het ‘Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’.

Verwijzing

Voor een bezoek aan de kaakchirurg heb je een verwijzing nodig van jouw tandarts, orthodontist, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of andere medisch specialist.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming door De Friesland is vereist in de volgende situaties:

a. de zorg bestaat uit het trekken van een of meer tanden of kiezen onder narcose;
b. de zorg bestaat uit een osteotomie (kaakstandcorrectie);
c. correctie van de kaak in combinatie met het trekken van een of meer tanden of kiezen;
d. kinplastiek als zelfstandige verrichting;
e. botopbouw voor en/of tijdens een implantologische behandeling (pre- en per-implantologische chirurgie);
f. het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
g. het maken van een kaakoverzichtsfoto (code X21);
h. fluoridebehandelingen vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen voor meer dan 12 elementen per jaar of meer dan twee behandelingen per jaar;
i. autotransplantaten (diagnostiek (codes H36 en H37) en het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies (codes H38 en H39));
j. sealen in het melkgebit;
k. het sealen van meer dan 4 tanden en/of kiezen per jaar in het blijvende gebit (codes V30/V35);
l. voor parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
m. voor gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
n. als er meer dan 1 uur per jaar aan preventieve voorlichting/evaluatie van preventie nodig is (meer dan 12x code M01 en/of M02);

o. als er meer dan 30 minuten gebitsreiniging (meer dan 6 x code M03) per dag nodig is;
p. als er meer dan 1,5 uur gebitsreiniging (meer dan 18 x code M03) per jaar nodig is;
q. als er meer dan 6 vullingen (codes V71 t/m V74, V81 t/m V84, V91 t/m V94) per dag of 10 vullingen (V71 t/m V74, V81 t/m V84, V91 t/m V95) per jaar geplaatst moeten worden.

Een aanvraag moet zijn voorzien van een gemotiveerd verzoek, een behandelplan met begroting en zo nodig beschikbare röntgenfoto's.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico, omdat dit zorg betreft aan kinderen jonger dan achttien jaar.

3.12.4. Fronttandvervanging tot 23 jaar

Inhoud zorg

Tot de leeftijd van 23 jaar heb je recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen als de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat je de leeftijd van achttien jaar hebt bereikt en:
- het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, of;
- het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval.
De zorg omvat onder andere een vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in het front.

Uitsluitingen

Wij vergoeden geen:
- autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand naar de plaats van een ontbrekende tand);
- orthodontie om de ruimte van de ontbrekende tand(en) te sluiten.

Wie mag deze zorg verlenen

De zorg mag worden verleend door een tandarts of kaakchirurg.

Een tandarts moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een kaakchirurg moet zijn ingeschreven in het register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Verwijzing

Voor tandvervangende hulp door de kaakchirurg heb je een verwijzing nodig van jouw tandarts.

Toestemming vooraf

Vergoeding van de kosten van zorg genoemd onder dit artikel vindt alleen plaats als De Friesland voorafgaand aan de behandeling schriftelijk toestemming heeft verleend. Bij de aanvraag voor toestemming moeten een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door jouw tandarts of kaakchirurg.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt vanaf de leeftijd van achttien jaar onder het eigen risico.

3.13. Oncologieonderzoek bij kinderen

Inhoud zorg

Je hebt recht op centrale (referentie)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Wie mag deze zorg verlenen

Het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie.

Vergoeding

Wij vergoeden de zorg volledig als deze wordt verleend door het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie. Wordt de zorg door een andere zorgaanbieder verleend, dan bestaat geen recht op een vergoeding.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico, omdat dit zorg betreft aan kinderen jonger dan achttien jaar.

3.14. Paramedische zorg

Inhoud zorg algemeen

Je hebt recht op diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie (incl. valpreventie), oefentherapie (incl. valpreventie) en logopedie zoals diëtisten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten respectievelijk logopedisten plegen te bieden.

3.14.1. Diëtetiek

Inhoud zorg

Je hebt recht op zorg met een medisch doel, tot een maximum van drie behandeluren per kalenderjaar.

Wie mag deze zorg verlenen

Een diëtist die voldoet aan de eisen zoals die aan een diëtist worden gesteld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.14.2. Ergotherapie

Inhoud zorg

Je hebt recht op advisering, instructie, training en/of behandeling gedurende maximaal tien behandeluren per kalenderjaar in de behandelruimte van een ergotherapeut of bij jou thuis, met als doel je zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ergotherapeut die is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Je kunt dit controleren via kwaliteitsregisterparamedici.nl/kwaliteitsregister.

Ontvang je verbijzonderde ergotherapie? Dan vergoeden wij de kosten hiervan alleen als de therapeut voor die specifieke zorg op het moment van het verlenen van de zorg staat ingeschreven in het betreffende specialistenregister dat onderdeel uitmaakt van het Kwaliteitsregister Paramedici.
Onder verbijzonderde ergotherapie verstaan wij:

- Kinderergotherapie;
- Handergotherapie.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.14.3. Fysiotherapie en oefentherapie

Inhoud zorg

Je hebt recht op de noodzakelijke behandelingen als er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening, voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden. Deze bijlage zenden wij je op jouw verzoek toe en is te raadplegen op onze website.

Als je jonger dan achttien jaar bent, heb je recht op fysiotherapie/oefentherapie vanaf de eerste behandeling. Komt jouw aandoening niet voor op de genoemde bijlage, dan heb je recht op maximaal negen behandelingen van dezelfde aandoening per kalenderjaar. Je hebt recht op maximaal negen extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar, als de eerste negen behandelingen niet toereikend zijn.

Als je achttien jaar of ouder bent, heb je pas recht op fysiotherapie/oefentherapie vanaf de 21e behandeling. In afwijking hiervan heb je vanaf de eerste behandeling recht op:

- bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Deze zorg omvat ten hoogste negen behandelingen;
- gesuperviseerde (begeleide) oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut bij perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen). Deze zorg omvat ten hoogste 37 behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden;
- gesuperviseerde (begeleide) oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht. Deze zorg omvat ten hoogste twaalf behandelingen gedurende maximaal twaalf maanden;
- gesuperviseerde (begeleide) oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut bij chronic obstructive pulmonary disease (COPD), vanaf stadium II van de GOLD Classificatie voor spirometrie;
- langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut bij reumatoïde artritis of axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen.

Let op!

Zowel screening, intake als onderzoek tellen voor de vergoeding als een volledige behandeling, als deze niet op dezelfde dag plaatsvinden. Als deze wel op dezelfde dag plaatsvinden gelden screening, intake en/of onderzoek samen als één behandeling.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:
a. een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enige doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren;
b. zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
c. toeslagen voor:

- afspraken buiten reguliere werktijden;

- niet-nagekomen afspraken;
- rapporten.

d. verband- en hulpmiddelen die jouw fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck en huidtherapeut heeft verstrekt.

Wie mag deze zorg verlenen

Je hebt recht op fysiotherapie/oefentherapie door een fysiotherapeut of een oefentherapeut Cesar/ Mensendieck. Bekkenfysiotherapie moet worden verleend door een bekkenfysiotherapeut.

Ontvang je verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de kosten hiervan alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Individueel Register Fysiotherapie (IRF), het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) of in het Subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici. Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg verstaan wij:

- kinderfysio- en oefentherapie;
- bekkenfysio- en oefentherapie;
- manuele therapie;
- oedeemtherapie;
- geriatrie fysio- en oefentherapie.

Oedeemtherapie/lymfedrainage en littekentherapie mogen ook worden verricht door een huidtherapeut.

Een fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of in het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR). Of jouw fysiotherapeut in een van beide registers is ingeschreven kun je controleren via defysiotherapeut.com en keurmerkfysiotherapie.nl.

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Je kunt dit controleren via kwaliteitsregisterparamedici.nl/kwaliteitsregister.

Een huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Je kunt dit controleren via kwaliteitsregisterparamedici.nl/kwaliteitsregister.

Verwijzing

Voordat je met de behandeling start heb je, voor aandoeningen opgenomen in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, een bewijs van diagnose nodig. Je kunt dit bewijs krijgen van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, regiebehandelaar geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen (GZSP), jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of je recht hebt op fysiotherapie of oefentherapie vanuit de basisverzekering.

Toestemming vooraf

a. Als je na afronding van een traject van begeleide oefentherapie bij etalagebenen hiervoor opnieuw enkele behandelingen nodig hebt, moeten wij jou hier vooraf toestemming voor hebben verleend. Samen met je aanvraag moet je een gemotiveerde verklaring van jouw claudicatiotherapeut overleggen waaruit de medische noodzaak blijkt.
b. Heb je op één dag meerdere behandelingen fysio- en oefentherapie of meerdere behandelaren daarvoor nodig? Dan moet uit een gerichte verklaring blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Deze verklaring kan worden afgegeven door de huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, regiebehandelaar geneeskundige zorg specifieke patiëntgroepen (GZSP), jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist. Wij moeten jou voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal

80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Let op!

Heb je fysiotherapie nodig voor de behandeling van de ziekte van Parkinson, etalagebenen of COPD? Of heb je oefentherapie nodig voor de behandeling van etalagebenen of COPD? En kies je voor een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die wel een contract met ons heeft, maar niet specifiek voor jouw aandoening (voor de behandeling van etalagebenen, de ziekte van Parkinson of COPD)? Dan krijg je geen volledige vergoeding. Wij vergoeden dan het lagere bedrag voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zoals hierboven genoemd onder Vergoeding. Wil je weten met welke fysiotherapeuten of oefentherapeuten Cesar/Mensendieck wij een contract hebben voor de behandeling van etalagebenen, de ziekte van Parkinson of COPD? Gebruik dan onze Zorgzoeker of neem contact met ons op.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico, met uitzondering van:

- bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie door een hiervoor door ons gecontracteerde bekkenfysiotherapeut;
- gesuperviseerde (begeleide) oefentherapie bij artrose van heup- of kniegewricht door een hiervoor door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

3.14.4. Valpreventie voor ouderen (onderdeel van Ketenaanpak Valpreventie)

Inhoud zorg

Je hebt ten hoogste een keer per 12 maanden recht op een valpreventieve beweeginterventie die als verzekerde zorg is aangemerkt. Een overzicht van de valpreventieve beweeginterventies die voor vergoeding in aanmerking komen kun je vinden op defriesland.nl/valpreventie. Verder gelden de volgende voorwaarden:

a. uit een valrisico-test is gebleken dat je een hoog risico hebt om te vallen én;
b. op grond van een daaropvolgende valrisicobeoordeling is vastgesteld dat je als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische (lichamelijke) of psychische problemen bent aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op een valpreventieve beweeginterventie wanneer:
a. uit de valrisico-test blijkt dat je een laag of middelhoog valrisico hebt;
b. je een hoog valrisico hebt, maar op grond van de valrisicobeoordeling niet is vastgesteld dat je als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische (lichamelijke) of psychische problemen bent aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut. Je kunt in dat geval mogelijk terecht bij je eigen gemeente.

Wie mag deze zorg verlenen?

De valrisicobeoordeling moet onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde, physician assistent (PA), verpleegkundig specialist (VS) of medisch specialist zijn uitgevoerd. De valpreventieve beweeginterventie moet worden uitgevoerd door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Een fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of in het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR). Of jouw fysiotherapeut in een van beide registers is ingeschreven kun je controleren via defysiotherapeut.com en keurmerkfysiotherapie.nl.

Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Je kunt dit controleren via kwaliteitsregisterparamedici.nl/kwaliteitsregister.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, physician assistant (PA), verpleegkundig specialist (VS) of medisch specialist.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

De valpreventieve beweeginterventie valt niet onder het eigen risico als je gebruikmaakt van een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die hiervoor een contract met ons heeft. Maak je gebruik van een fysiotherapeut of oefentherapeut die hiervoor geen contract met ons heeft, dan valt deze zorg wel onder het eigen risico.

3.14.5. Logopedie

Inhoud zorg

Je hebt recht op logopedie die een geneeskundig doel heeft. Logopedisten behandelen aandoeningen op het gebied van persoonlijke communicatie, stem, taal, spraak, gehoor en slikken.

Let op!

Onder logopedie verstaan wij niet behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met een dialect en/of anderstaligheid. Stottertherapie maakt wel deel uit van zorg zoals logopedisten plegen te bieden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een logopedist die voldoet aan de eisen zoals die aan een logopedist worden gesteld in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Ontvangt u verbijzonderde logopedie? Dan vergoeden wij de kosten hiervan alleen als de therapeut voor die specifieke zorg op het moment van het verlenen van de zorg staat ingeschreven in het betreffende register van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF).
Onder verbijzonderde logopedie verstaan wij:
- afasie;
- preverbale Logopedie;
- stotteren;
- behandeling volgens het Hanen ouderprogramma PDMT (Praten doe je met z'n tweeën);
- behandeling volgens het Hanen ouderprogramma MDW (Meer dan woorden);
- groepsbehandeling integraal zorg stotteren (IZS).

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.15. Plastische chirurgie

Inhoud zorg

Je hebt recht op een behandeling van plastisch chirurgische aard als deze is bedoeld ter correctie van:

a. afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting (hieronder valt ook de epilatie van de baard bij trans vrouwen). Er is sprake van een verminking bij een ernstige verworven misvorming van een lichaamsdeel;
c. verlamde of verslapte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Er is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking wanneer:
    - de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt en;
    - het aannemelijk is dat de correctie van het bovenooglid de gezichtsveldvermindering oplost en;
    - de gezichtsveldbeperking tot belemmeringen in het dagelijkse functioneren leidt.
d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak-, en gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde genderincongruentie, inclusief epilatie van de schaamstreek als onderdeel van de vaginoplastiek en penisconstructie;
f. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde genderincongruentie. Onder agenesie/aplasie verstaan wij het ontbreken van borstvorming aan één of beide zijden, dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. Bij man-vrouw transgender personen verstaan wij onder agenesie/aplasie het ontbreken van borstvorming (aan één of beide zijden) na hormoontherapie.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op de volgende zorg:

a. behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
b. liposuctie van de buik;
c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, tenzij sprake is van:
    - een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of;
    - agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde genderincongruentie. Onder agenesie/aplasie verstaan wij het ontbreken van borstvorming aan één of beide zijden, dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. Bij man-vrouw transgender personen verstaan wij onder agenesie/aplasie het ontbreken van borstvorming (aan één of beide zijden) na hormoontherapie;
d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
e. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist als de betreffende behandeling op de Landelijke Limitatieve Lijst staat. Jouw zorgverlener weet welke behandelingen op deze lijst staan.

Bij plastische chirurgie voor transgender personen heb je een verwijzing nodig van een medisch specialist uit het door ons erkende multidisciplinaire genderteam. Het erkende multidisciplinaire genderteam is

gespecialiseerd op het gebied van geprotocolleerde behandeling van genderincongruentie en werkt structureel met elkaar samen. Binnen dit team moet een ter zake deskundige de regie voeren gedurende het hele behandeltraject.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland is vereist. De aanvraag van de behandelend medisch specialist dient een uitgebreide omschrijving van en motivatie voor de gevraagde behandeling te omvatten. Ook dien je ons voor zover van toepassing de foto's toe te sturen die de medische fotograaf voor dit doel heeft gemaakt. Je hoeft geen foto's toe te sturen als je een bovenooglidcorrectie aanvraagt.

Wij geven alleen toestemming als de onderzoeken en behandelingen worden uitgevoerd volgens de op dat moment geldende 'VAV werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard'.

Let op!

Voor het in bezit krijgen van de foto's van de medische fotograaf brengt het ziekenhuis je mogelijk kosten in rekening. Deze kosten vergoeden wij niet.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.16. Revalidatie

3.16.1. Medisch specialistische revalidatie

Inhoud zorg

Je hebt recht op onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, psychologische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, als je een van de volgende aandoeningen hebt:
a. Een aangeboren of verworven aandoening van het bewegingsapparaat, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen.
b. Een aangeboren of verworven neurologische aandoening, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. Je hebt ook recht op medisch specialistische revalidatie zonder dat sprake is van problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen als je niet-aangeboren hersenletsel hebt en dit leidt tot cognitieve problemen of spraak- of slikproblemen.
c. Een aandoening die niet primair is gelegen in het bewegingsapparaat of in de aansturing daarvan, maar secundair wel leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. Het moet gaan om een klacht, stoornis of aandoening die volgens het Zorginstituut Nederland voldoet aan deze omschrijving.

Je komt pas in aanmerking voor medisch specialistische revalidatie wanneer is voldaan aan de uitgangspunten van stepped care, tenzij sprake is van een aandoening op de lijst van revalidatiediagnosen die mede door de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen is opgesteld en de revalidatiearts constateert dat een stepped care-traject gezien de aard en ernst van de aandoening niet aan de orde is. Bij stepped care wordt een patiënt altijd de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling aangeboden die mogelijk is gezien de aard en ernst van de problematiek. Pas als de minimaal noodzakelijke interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een intensievere interventie overgegaan.

Deze zorg moet leiden tot het bereiken of behouden van een mate van zelfstandigheid die, rekening houdend met jouw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Revalidatie kan plaatsvinden:

a. in een klinische situatie (opname). Je hebt alleen recht op revalidatie in combinatie met meerdaags verblijf, als daarmee op korte termijn betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder verblijf;
b. in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Wie mag deze zorg verlenen

Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een revalidatiearts, verbonden aan een instelling voor revalidatie die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, jeugdarts, verpleegkundig specialist, arts-assistent of een andere medisch specialist.

Toestemming vooraf

Als je gebruik wilt maken van medisch specialistische revalidatie door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben, moeten wij hier voorafgaand aan de zorg toestemming voor hebben verleend. Voor het aanvragen van toestemming moet jouw zorgverlener gebruikmaken van het formulier ‘aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatie zorg’, dat te vinden is op onze website.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.16.2. Geriatrische revalidatie

Inhoud zorg

Je hebt recht op integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde plegen te bieden. Hierbij moet de zorg voldoen aan de volgende voorwaarden:

a. de zorg moet medisch noodzakelijk zijn;
b. de zorg houdt verband met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit (meer dan één aandoening);
c. de zorg moet zijn gericht op het herstel of verbeteren van jouw functioneren en jouw participatie in de maatschappij;
d. of je bent aangewezen op geriatrische revalidatiezorg moet blijken uit een geriatrisch assessment. Dit assessment wordt afgenomen door een specialist ouderengeneeskunde, een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde.

De zorg kan in een instelling met verblijf plaatsvinden. Steeds meer instellingen leveren deze zorg ook (gedeeltelijk) bij jou thuis.

Wie mag deze zorg verlenen

Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

Een specialist ouderengeneeskunde moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist. Voorafgaand aan deze verwijzing verbleef je niet in een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg (Wlz) met een indicatie voor behandeling in dat verpleeghuis. In deze situatie wordt de herstelgerichte behandeling namelijk vergoed uit de Wlz.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.17. Transplantaties van weefsels en organen

Inhoud zorg

Je hebt recht op zorg in verband met transplantatie van weefsels en organen. Het recht op transplantaties van weefsels en organen bestaat uitsluitend als de transplantatie wordt verricht in een EU/EER-land. Ook bestaat recht op transplantatie verricht in een ander land als de donor daar woont en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is van degene die de transplantatie moet ondergaan.

Verder bestaat recht op:

a. specialistische geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
b. specialistische geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
c. het onderzoek, het bewaren, het verwijderen en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
d. zorg aan de donor gedurende ten hoogste dertien weken of, bij een levertransplantatie, gedurende een half jaar, na ontslag uit een instelling waarin de donor was opgenomen in verband met selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal voor zover die zorg verband houdt met de opname;
e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van het openbaar vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en in verband met deze zorg;
f. het vervoer van en naar Nederland, van een in het buitenland woonachtige nier-, lever- of beenmergdonor bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten.

Let op!

De zorg genoemd onder e. en f. komt ten laste van de zorgverzekering van de donor, als deze een zorgverzekering heeft afgesloten.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat daarvoor bevoegd is op grond van wet- en regelgeving.

Toestemming vooraf

Als je gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland noodzakelijk. Voor het vervoer van de donor moeten wij jou toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer (058) 291 38 19.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico, met uitzondering van:

- zorg aan de donor na afloop van de periode genoemd onder d, voor zover die zorg verband houdt met de opname;
- vervoer van de donor als bedoeld onder e. en f., als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten.

3.18. Trombosezorg

Inhoud zorg

Je hebt recht op:

a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
b. het verrichten of onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst laten verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van jouw bloed;
c. het gebruik van apparatuur en toebehoren waarmee je de stollingstijd van je bloed kunt meten;
d. een opleiding in het gebruik van deze apparatuur en begeleiding bij jouw metingen;
e. adviezen over de toepassing van geneesmiddelen die de bloedstolling beïnvloeden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een trombosedienst.

Verwijzing

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, verloskundige, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.19. Verblijf

Inhoud zorg

Verblijf is een opname met een duur van minimaal 24 uur. Voorwaarde hiervoor is dat het verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. Hiervan is sprake als de benodigde zorg niet thuis kan worden geleverd. Het verblijf vindt al dan niet in combinatie met verpleging, verzorging of paramedische zorg plaats. Je hebt recht op verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 1095 dagen (drie jaar). Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de

berekening van de 1095 dagen. In afwijking hiervan tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee voor de berekening van de 1095 dagen.

Eerstelijns verblijf

We maken onderscheid tussen verblijf in verband met zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden (bijv. verblijf in een ziekenhuis) en eerstelijns verblijf in verband met zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Eerstelijns verblijf is medisch noodzakelijk als er sprake is van een instabiele (zorg)situatie of een situatie die zonder adequaat toezicht en zorg instabiel kan worden. Je kunt ook gebruikmaken van eerstelijns verblijf als je palliatief terminale zorg nodig hebt. Dit is zorg in de laatste levensfase, als jouw behandelend arts heeft vastgesteld dat de levensverwachting minder dan drie maanden is.

Wie mag deze zorg verlenen

a. Verblijf i.v.m. medisch specialistische zorg

Je hebt recht op verblijf in verband met zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Overnachting bij CAR-T-celtherapie

Onderga je CAR-T-celtherapie en kun je niet binnen 60 minuten in het expertziekenhuis zijn waar je behandeld wordt? Dan heb je tijdens de derde en vierde week na jouw behandeling recht op een vergoeding van overnachting (zonder verpleging, verzorging of paramedische zorg) in de buurt van het expertziekenhuis. Je krijgt hiervoor een vergoeding van maximaal € 97,- per nacht. In de eerste en tweede week na de behandeling verblijf je in het expertziekenhuis.
Je kunt de nota's van jouw overnachtingskosten bij ons indienen. Gebruik hiervoor het declaratieformulier op onze website.

b. Eerstelijns verblijf

Eerstelijns verblijf mag worden verleend door een instelling voor eerstelijns verblijf die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen, voor zover de hoofdbehandelaar de huisarts, een specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten is. Verder dient minimaal een verpleegkundige van deskundigheidsniveau 4 als eerstverantwoordelijke verpleegkundige aanwezig te zijn op de locatie van verblijf.

Verwijzing

a. Verblijf i.v.m. medisch specialistische zorg

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, jeugdarts, arts-assistent, verloskundige (voor gynaecologie, klinische genetica en centrum voor prenatale diagnostiek of naar de internist wanneer er een vermoeden is op zwangerschapsdiabetes), tandarts (voor dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO), kaakchirurg, tandarts/orthodontist (voor kaakchirurgie of dermatologie), medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, bedrijfsarts, triage-audicien (alleen voor KNO-arts), klinisch fysicus audioloog (alleen voor KNO-arts), klinisch technoloog, optometrist (bij oogzorg), orthoptist (bij oogzorg), GGD-arts (bij TBC of SOA), verslavingsarts, forensisch arts, verpleegkundig specialist of physician assistant.
Naar een kinderarts mag je ook zijn doorverwezen door het RIVM, wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hielprikscreening bij een pasgeborene.
Woon je in een verpleeghuis en heb je geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts die in jouw verpleeghuis werkt jou doorverwijzen.

b. Eerstelijns verblijf

Je hebt een verwijzing nodig van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist. De verwijzer zorgt voor een medische overdracht naar de instelling waar je gaat verblijven.

Toestemming vooraf

a. Verblijf i.v.m. medisch specialistische zorg

Bij plastische chirurgie en mond- en kaakchirurgie heb je alleen recht op opname, behandeling en verder verblijf in een ziekenhuis, met inbegrip van medisch specialistische zorg, na voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland.

b. Eerstelijns verblijf

Wil je verblijven bij een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder? Dan moet je of moet jouw zorgverlener vooraf toestemming bij ons aanvragen. Hiervoor moet je of moet jouw zorgverlener het formulier “Aanvraag toestemming ELV niet gecontracteerde zorgaanbieders” gebruiken. Je kunt dit vinden op onze website. Bij de aanvraag voor de toestemming moet je de verwijzing van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist bijvoegen. Jij of jouw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of de aanvraag afwijzen.

Je moet zelf de nota’s van je niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons declareren. Wij betalen geen nota’s aan jou uit, zolang wij geen toestemming hebben verleend.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.
Voor een overnachting buiten het ziekenhuis bij CAR-T-celtherapie heb je recht op een vergoeding van maximaal € 94,50 per nacht. Je kunt de nota’s van jouw overnachtingskosten zelf bij ons indienen. Gebruik hiervoor het declaratieformulier op onze website.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.20. Verloskundige zorg en kraamzorg

3.20.1. Prenatale diagnostiek/screening

Inhoud zorg

Prenatale diagnostiek/screening is onderzoek tijdens de zwangerschap om te beoordelen of het ongeboren kind een verhoogde kans heeft op een aangeboren afwijking. Je hebt recht op de volgende zorg:

a. niet-invasieve prenatale test (NIPT);
b. invasieve diagnostiek (vlokkentest, vruchtwaterpunctie);
c. geavanceerd ultrasoon onderzoek (GUO).

Let op!

Je hebt alleen aanspraak op deze zorg als je hiervoor een medische indicatie hebt. Voor de zorg genoemd onder b. geldt dat onder een medische indicatie ook wordt verstaan een positieve NIPT-uitslag (wanneer uit de NIPT-uitslag blijkt dat er aanwijzing is op een kind met een chromosomale afwijking).

Wie mag deze zorg verlenen

Een zorgaanbieder (instantie) die de prenatale screening (de NIPT) uitvoert, moet een samenwerkingsovereenkomst hebben met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening dat een WBO-vergunning heeft. De zorgverlener (natuurlijk persoon) die de NIPT feitelijk uitvoert, moet een kwaliteitsovereenkomst hebben met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of als de verloskundige gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor röntgen- of laboratoriumonderzoek, geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

3.20.2. Bevalling en kraamzorg

Inhoud zorg

Moeder en kind hebben recht op verloskundige zorg zoals verloskundigen plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden plegen te bieden. Ook de voogd van de pasgeborene heeft recht op kraamzorg thuis na adoptie of als de moeder is overleden tijdens of vlak na de bevalling. Onder verloskundige zorg valt ook daarmee samenhangend door of namens de verloskundige aangevraagd diagnostisch onderzoek, waaronder laboratoriumonderzoek. Het recht op kraamzorg is beperkt tot kraamzorg verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste zes weken te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het werkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en stellen de kraamverzorgende van het geboorte- of kraamcentrum en de verloskundige gezamenlijk vast. Hierbij wordt in beginsel het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg gevolgd, of het indicatieprotocol/de indicatiemethodiek dat/die daarvoor in de plaats komt. Op onze website vind je het protocol en een toelichting op dit protocol of neem contact met ons op. Als de kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt het aantal dagen dat in het ziekenhuis is doorgebracht in mindering gebracht op de hiervoor genoemde zes weken. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak. Als verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige of de huisarts medisch noodzakelijk is, hebben de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) recht op medisch specialistische zorg zoals omschreven in het artikel Medisch Specialistische Zorg Algemeen, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis.
b. Bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak. Bij bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, hebben de moeder en haar kind met ingang van de dag van bevalling recht op verloskundige zorg en kraamzorg.
c. Kraamzorg thuis, na bevalling in een ziekenhuis. Als na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, hebben de moeder en haar kind recht op kraamzorg.
d. Bevalling en/of kraambed thuis of in een geboortecentrum. Als de bevalling en/of het kraambed thuis of in een geboortecentrum plaatsvinden, hebben de moeder en haar kind recht op verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg), de inschrijving, intake en de assistentie bij de bevalling tot maximaal drie uur na de bevalling, en kraamzorg. Voor ligdagen in een geboortecentrum vergoeden wij maximaal acht uur kraamzorg per ligdag voor maximaal vier ligdagen. Voor de overige geïndiceerde uren kraamzorg heb je recht op kraamzorg thuis.

Wie mag deze zorg verlenen

Je hebt recht op verloskundige zorg verleend door een verloskundige, een verloskundig actieve huisarts die daartoe bevoegd en bekwaam is of een medisch specialist (bij medische noodzaak).

Je hebt recht op kraamzorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige, die zowel moeder als kind en -voor zover van toepassing- de huishouding verzorgt.

Een geboortecentrum is een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis waar je kunt bevallen en eventueel een deel van de kraamtijd kunt doorbrengen. Een geboortecentrum schakelen wij gelijk aan een geboortehotel en bevalcentrum.
Een kraamcentrum is een instelling voor kraamzorg die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Een verloskundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
Een kraamverzorgende is een gediplomeerde kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Eigen bijdrage

De eigen bijdrage voor een bevalling zonder medische indicatie in een ziekenhuis zoals bedoeld onder b., of in een instelling zoals een geboortecentrum, zoals bedoeld onder d., bedraagt voor zowel moeder als kind € 23,50 per opnamedag. Als het tarief van het ziekenhuis meer bedraagt dan € 169,- per persoon (moeder en kind) per opnamedag, ben je daarnaast het meerdere ook verschuldigd als eigen bijdrage. De Friesland betaalt dus maximaal 2 x € 145,50,- (€ 169,- - € 23,50) = € 291,- per dag voor moeder en kind samen. De vaststelling van het aantal opnamedagen gebeurt op basis van opgave door het ziekenhuis, of door het kraamcentrum dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis.

Voor kraamzorg thuis of in een geboortecentrum, zoals bedoeld onder d., geldt een eigen bijdrage van € 6,- per uur.

De kosten voor het verblijf in een geboortecentrum komen voor jouw eigen rekening.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of als de verloskundige gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor röntgen- of laboratoriumonderzoek geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

> **Let op!**
> Met verloskundige zorg en kraamzorg samenhangende kosten, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek of ziekenvervoer, tellen wel mee voor het eigen risico.

3.21. Verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging)

Inhoud zorg

Je hebt recht op zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden, zonder dat sprake is van een opname zoals bedoeld in artikel 3.19. Deze zorg moet noodzakelijk zijn in verband met de behoefte aan of een hoog risico op behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in deze polis, met uitzondering van kraamzorg. Tot deze zorg behoort niet alleen de zorgverlening, maar ook het coördineren, signaleren, coachen (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf.

Ook palliatieve terminale zorg (zorg in de laatste levensfase) maakt deel uit van deze zorg. Bij palliatieve terminale zorg heeft de verpleegkundige in het dossier vastgelegd dat de behandelend arts (naam, specialisme, BIG-nummer en datum) heeft vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. De aard, inhoud en omvang van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden volgens de inzichten uit het kwaliteitskader palliatieve zorg.

Wanneer (gespecialiseerde) verpleging voorbehouden of risicovolle handelingen betreft, dient aantoonbaar gemaakt te worden dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. Ook dient de zorgverlener aantoonbaar bevoegd en bekwaam te zijn om deze handelingen uit te voeren. Bij een risicovolle handeling dienen aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt te zijn in het zorgplan. In het geval van een voorbehouden handeling, dient er een uitvoeringsverzoek aanwezig te zijn van een arts en wordt er gewerkt

overeenkomstig de ‘handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk)verpleging & verzorging’ (ActiZ, 2019).

Tip!
Heb je de diagnose dementie of is er een vermoeden dat je dementie hebt? En heb je verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig? Dan kan iemand nodig zijn die dat coördineert (casemanager). De verpleegkundige bepaalt samen met jou en/of je naaste of casemanagement dementie nodig is. Deze zorg is onderdeel van Verpleging en verzorging zonder verblijf.

Uitsluiting
Zelfredzaamheid (samen met het eigen netwerk) is het uitgangspunt van het Normenkader. Onder netwerk moet volgens het Begrippenkader van de V&VN worden verstaan: naasten en mantelzorgers, zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van jou als zorgvrager. De indicatiesteller brengt onder andere jouw netwerk in kaart. De zorg die het netwerk wil en kan verlenen, mag in de indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden.

Persoonsgebonden budget
In plaats van recht op zorg kun je desgevraagd ook kiezen voor een passende vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb) voor verpleging en verzorging zoals bedoeld in dit artikel. Met een pgb koop je zelf de benodigde zorg in en vergoeden wij achteraf de kosten van de zorg (restitutie). Hieraan zijn echter wel bepaalde voorwaarden verbonden. Ook gelden afzonderlijke tarieven voor zorgaanbieders die je betaalt vanuit jouw pgb. Deze voorwaarden en tarieven vind je in het Reglement PGB Verpleging en Verzorging. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en kun je raadplegen op onze website. Ook kan dit reglement je op jouw verzoek worden toegestuurd.

Wie mag deze zorg verlenen
Een verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger. Een verzorgende mag uitsluitend persoonlijke en oproepbare verzorging verlenen. Als je gebruikmaakt van een pgb mag je ook gebruikmaken van andere zorgverleners.

Een indicatie dient, ook als je gebruikmaakt van een pgb, te worden gesteld door minimaal een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige op basis van het hiervoor opgestelde normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), het Begrippenkader Indicatieproces en, voor kinderen tot 18 jaar, de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK). Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij de wijkverpleegkundige in samenspraak met jou bepaalt welke zorg je nodig hebt in jouw individuele situatie en welke resultaten binnen welke termijn worden verwacht. Als het om medische kindzorg gaat dan dient de indicerende een HBO-kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde te zijn, werkzaam bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Branchevereniging Integrale Kindzorg (BINKZ). Wij accepteren geen indicatie van een indicerende die niet aan deze voorwaarden voldoet. Een indicatie moet altijd in jouw eigen omgeving en in jouw aanwezigheid worden gesteld. Voor kinderen onder de 18 geldt dat de indicatie wordt gesteld in de aanwezigheid van het kind en de ouder(s) of (wettelijk) vertegenwoordiger.

Een verpleegkundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een verzorgende is een Verzorgende-IG/niveau 3 verzorgende die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

Een HBO-verpleegkundige is een verpleegkundige die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en in het bezit is van een HBO-diploma Verpleegkunde.

Toestemming vooraf
Als je verpleging en verzorging wilt ontvangen van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben, moeten wij hier voorafgaand aan de zorg toestemming voor hebben verleend. Het aanvraagformulier kun je vinden op onze website. Op jouw verzoek kunnen wij je dit ook toesturen.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 65% (Zelf Bewust Polis) of 70% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

3.22. Ziekenvervoer

3.22.1. Ambulancevervoer

Inhoud zorg

Je hebt recht op ziekenvervoer per motorvoertuig, helikopter of vaartuig als bedoeld in de Wet ambulancezorgvoorzieningen, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

a. naar een zorgaanbieder, als de kosten van de zorg geheel of gedeeltelijk onder de dekking van deze zorgverzekering vallen;
b. naar een instelling waarin je gaat verblijven en waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz vallen;
c. naar een zorgaanbieder, als je jonger dan achttien jaar bent en geestelijke gezondheidszorg ten laste van jouw gemeente zal ontvangen op grond van de Jeugdwet;
d. vanuit een instelling, bedoeld onder b. naar:
    - een zorgaanbieder voor een onderzoek of een behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz vallen;
    - een zorgaanbieder voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk onder de dekking van de Wlz valt;
e. naar jouw woning, of een andere woning als je in je eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen, als je komt van een van de zorgaanbieders bedoeld in de onderdelen a.t/m d.

Ambulancevervoer moet zijn goedgekeurd door de meldkamer.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ambulancevervoerder die een vergunning heeft volgens de Wet Ambulancezorgvoorzieningen.

Toestemming vooraf

Besteld ambulancevervoer moet worden aangevraagd door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Hierbij dient sprake te zijn van een medische noodzaak voor dit vervoer. Spoedeisend ambulancevervoer hoeft niet te worden aangevraagd.

Bijzonderheden

a. Als De Friesland jou schriftelijk toestemming verleent naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.
b. Je hebt ook recht op vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het om begeleiding van kinderen jonger dan zestien jaar gaat. In bijzondere gevallen kan De Friesland vervoer van twee begeleiders toestaan.

Vergoeding

Wij vergoeden de kosten van ambulancevervoer volledig, tot maximaal het bedrag dat redelijk is in de Nederlandse marktomstandigheden.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.22.2. Ziekenvervoer per eigen auto, (lig)taxi, openbaar vervoer

Inhoud zorg

Recht op vervoer voor bepaalde groepen

Naast het vervoer per ambulance zoals hiervoor genoemd, heb je recht op ziekenvervoer per (lig)taxi en op vergoeding van de kosten van vervoer per particuliere auto en vervoer in de laagste klasse van het openbaar vervoer. Het gaat om vervoer van en naar een zorgaanbieder of woning als bedoeld in artikel 3.22.1, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer, voor zover:

a. je nierdialyses moet ondergaan of er sprake is van consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn;
b. je oncologische behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie moet ondergaan of er sprake is van consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn;
c. je je uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
d. jouw gezichtsvermogen blijvend zodanig is beperkt dat je je niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
e. je jonger bent dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag van zorg in de nabijheid;
f. je gebruikmaakt van geriatrische revalidatiezorg zoals bedoeld in artikel 3.16.2;
g. je gebruikmaakt van dagbehandeling die in een groep wordt verleend, in verband met zorg voor speciale patiëntgroepen zoals bedoeld in artikel 3.8.5.

Recht op vervoer op basis van de hardheidsclausule

Als je niet aan een van de voorwaarden genoemd onder a. t/m e. voldoet, kun je toch recht op ziekenvervoer hebben. Er moet dan sprake zijn van behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, vallend onder de dekking van deze zorgverzekering, in verband waarmee je langdurig bent aangewezen op vervoer. Bovendien moet het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor jou tot een onbillijkheid van overwegende aard leiden. Je hebt in dat geval naast het vervoer naar de behandeling ook recht op het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die bij de behandeling noodzakelijk zijn.

Overnachting in plaats van vervoer

Als je bent aangewezen op vervoer als bedoeld in dit artikel, kunnen wij een bedrag van maximaal € 97,- per overnachting vergoeden voor de kosten van verblijf (logies). Deze vergoeding komt dan in de plaats van een vergoeding voor kosten van het vervoer. Voorwaarde hiervoor is dat dit vervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig zou zijn. Je krijgt dan een vergoeding voor de heen- en terugreis naar de behandellocatie en voor twee of meer overnachtingen in de buurt van waar je wordt behandeld.

Wil je een overnachting declareren? Dan moet je de originele en duidelijk gespecificeerde nota's van jouw overnachtingskosten, voorzien van een btw-nummer, bij ons indienen. Wij kunnen je vragen om een betaalbewijs, ook wanneer je de nota contant hebt betaald.

Let op!

Als je kiest voor het recht op overnachting, dan komt je recht op ziekenvervoer voor die periode te vervallen. Dit geldt niet voor de heen- en terugreis van jouw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag.

Wie mag deze zorg verlenen

Een taxivervoerder (een natuurlijke- of rechtspersoon) die in het bezit is van de wettelijke voor het uitoefenen van het taxibedrijf vereiste vergunningen en van het TX-Keur of een gelijkwaardig keurmerk. Ook moeten alle vervoerders die ingezet worden voor de uitvoering van het ziekenvervoer in het bezit zijn van een AGB-code.

Bijzonderheden

a. Als De Friesland jou schriftelijk toestemming verleent naar een bepaalde zorgaanbieder te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer per enkele reisafstand niet.
b. In gevallen waarin ziekenvervoer per particuliere auto, taxi of openbaar vervoer niet mogelijk is, kan De Friesland toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door De Friesland aan te geven vervoermiddel.
c. Je hebt ook recht op vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het om begeleiding van kinderen jonger dan zestien jaar gaat. In bijzondere gevallen kan De Friesland vervoer van twee begeleiders toestaan. Wij moeten je hier voorafgaand aan het vervoer wel toestemming voor hebben gegeven.
d. Voor verzekerden tot 12 jaar gelden de volgende aanvullende voorwaarden:
• tot 5 jaar: vervoer vindt uitsluitend plaats onder begeleiding van een meereizende begeleider;
• vanaf 5 tot en met 11 jaar: vervoer zonder meereizende begeleider is uitsluitend toegestaan als sprake is van een warme overdracht. De ouder, voogd of verantwoordelijke is verantwoordelijk voor het organiseren van deze overdracht.
e. Reis je met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om jouw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. Je vindt dit declaratieformulier op onze website. Op ons verzoek moet je kunnen aantonen dat je de vervoerskosten hebt gemaakt.

Eigen bijdrage

Je bent voor ziekenvervoer per particuliere auto, taxi en openbaar vervoer een bijdrage verschuldigd van € 140,- per kalenderjaar.

De wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor logeerkosten en voor vervoer:

a. van een instelling waarin je ten laste van de basisverzekering of de Wlz bent opgenomen, naar een andere instelling waarin je ten laste van de basisverzekering of de Wlz wordt opgenomen voor het ondergaan van een medisch specialistisch onderzoek of een medisch specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
b. van een instelling als bedoeld onder a. naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een medisch specialistisch onderzoek of een medisch specialistische behandeling ten laste van de basisverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling;
c. van een instelling waarin je ten laste van de Wlz bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de Wlz, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling.

Toestemming vooraf

Voor ziekenvervoer (met eigen auto, (meerpersoons)taxi of openbaar vervoer), vervoer van een (of eventueel twee) begeleider(s) en voor overnachtingen in plaats van vervoer moeten wij jou vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer (058) 291 38 19. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of je recht hebt op vervoer en op welke vorm.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten van ziekenvervoer per taxi volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders. Voor vervoer per particuliere auto bedraagt de vergoeding € 0,43 per kilometer. Wij bepalen op basis van de postcode van je vertrekadres en je bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie vind je op onze website of kun je bij ons opvragen.

De vergoeding van ziekenvervoer per openbaar vervoer bedraagt de werkelijke kosten in de laagste klasse van het openbaar vervoer.

Een eventueel verschuldigde eigen bijdrage vergoeden wij niet.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.23. Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Inhoud zorg

Je hebt recht op multidisciplinaire zorg gericht op behandeling in verband met:

a. een visuele beperking (je bent blind of slechtziend) of;
b. een auditieve beperking (je bent doof of slechthorend) of;
c. tot de leeftijd van 23 jaar: een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis;
d. een combinatie van deze beperkingen.

Diagnostisch onderzoek is onderdeel van deze zorg. Daarnaast omvat de zorg het psychisch leren omgaan met de handicap en het opheffen of het compenseren van de beperking. De zorg is gericht op behandeling, met als doel dat je zo zelfstandig mogelijk kunt functioneren.

Er is sprake van een visuele beperking bij:

a. een gezichtsscherpte < 0,3 aan het beste oog of;
b. een gezichtsveld < 30 graden of;
c. een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Er is sprake van een auditieve beperking als:

a. het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt, verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen, of;
b. het drempelverlies groter is dan 25 dB bij meting volgens de Fletcher index, het gemiddelde verlies bij frequenties van 500, 1000 en 2000 Hz.

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. Of er sprake is van een communicatieve beperking zoals hiervoor is aangegeven wordt vastgesteld via de multidisciplinaire diagnostiek volgens de FENAC-richtlijnen voor diagnostiek.

Wie mag deze zorg verlenen

Een instelling voor het leveren van zorg aan zintuiglijk gehandicapten die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Uitsluitingen

Je hebt geen recht op:

a. onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
b. complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven.

Verwijzing

Als je een visuele beperking hebt, heb je een verwijzing nodig van een oogarts of andere medisch specialist die op grond van de NOG-richtlijn ‘Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing’ heeft vastgesteld dat er sprake is van een visuele beperking. Is bij jou in het verleden het recht op zintuiglijk gehandicaptenzorg al vastgesteld door een klinisch fysicus audioloog, oogarts of medisch specialist? En ontstaat er een zorgvraag op dit gebied, zonder dat er een wijziging van de visuele beperking is opgetreden? Dan mag je ook worden doorverwezen door een huisarts of jeugdarts. Als je een auditieve en/of communicatieve beperking hebt, heb je een verwijzing nodig van een klinisch fysicus audioloog van een audiologisch centrum of een medisch specialist die op grond van de toepasselijke FENAC-richtlijnen heeft vastgesteld dat er sprake is van een auditieve en/of communicatieve beperking.

Je hebt geen nieuwe verwijzing nodig voor een eenvoudige revalidatievraag, als:

a. het gaat om een heraanmelding en;
b. er geen wijziging in de beperking heeft plaatsgevonden, maar een verandering in jouw medische en/of persoonlijke situatie een hernieuwde behandeling vanuit de basisverzekering noodzakelijk maakt en;
c. de zorgverlener vaststelt dat de hulpvraag beantwoord kan worden binnen zorgprogramma 11.

Toestemming vooraf

Wanneer je aangewezen bent op zintuiglijk gehandicaptenzorg maar je hebt geen visuele beperking, auditieve beperking of communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis zoals hierboven beschreven, dan moet jouw zorgverlener voorafgaand aan de behandeling toestemming bij ons aanvragen.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.24. Zorg bij Stoppen-met-rokenprogramma

Inhoud zorg

Je hebt recht op het maximaal drie keer per kalenderjaar volgen van een programma, inhoudende op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met geneesmiddelen (o.a. nicotinepleisters en -kauwgum), met als doel te stoppen met roken. Het programma moet zijn opgesteld in overeenstemming met de omschrijving en kaders die worden gesteld in de geldende Zorgstandaard Tabaks- en nicotineverslaving. Er moet ten minste sprake zijn van een centrale zorgverlener en een individueel behandelplan. E-health kan deel uitmaken van een stoppen-met-rokenprogramma. Geneesmiddelen in het kader van een stoppen-met-rokenprogramma (nicotinevervangende middelen, nortriptyline, bupropion, cytisinicline en varenicline) worden uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.

Wie mag deze zorg verlenen

a. Een huisarts, een gespecialiseerde verpleegkundige en/of praktijkondersteuner/ verpleegkundig specialist/physician assistant die onder verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.
b. Overige zorgaanbieders die werken volgens de geldende Zorgstandaard Tabaksverslaving.

Degene die de gedragsmatige ondersteuning verleent dient een gekwalificeerde stoppen-met-roken begeleider of een verslavingsinstelling te zijn, ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken van KABIZ (kabiz.nl).

Een huisarts moet zijn ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Een verpleegkundige moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een verpleegkundig specialist moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Een physician assistant moet als zodanig zijn geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Let op!

Het kan zijn dat jouw eigen apotheek geen contract voor het leveren van de medicijnen of nicotinevervangende middelen. Op onze website kun je vinden met welke apotheken wij hiervoor wel een contract hebben afgesloten.

Vergoeding

Als je kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als je kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 75% (Zelf Bewust Polis) of maximaal 80% (Alles Verzorgd Polis) van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt niet onder het eigen risico.

4. Begripsomschrijvingen

4.1. In deze verzekeringsvoorwaarden verstaan wij onder:

Acute zorg

Zorg in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijke ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of is verergerd.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bewijs van diagnose

Diagnose die door een huisarts, bedrijfsarts, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, regiebehandelaar geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen (GZSP), jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist is vastgesteld en in jouw patiëntdossier is opgenomen. Als je een bewijs van deze diagnose aan de paramedische zorgverlener kunt overleggen, is een verwijzing voor de behandeling niet meer nodig.

Collectief contract

Een overeenkomst op basis waarvan degenen die behoren tot een specifieke groep (bijvoorbeeld werknemers van een bedrijf of leden van een organisatie) een verzekeringsovereenkomst kunnen sluiten. De overeenkomst wordt afgesloten tussen De Friesland en een werkgever of een rechtspersoon.

DBC (diagnose behandeling combinatie)

Een DBC of DBC Zorgproduct is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt, gedurende een vastgestelde periode. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die in rekening mag worden gebracht. Een DBC bestaat dus uit alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die voortkomen uit een zorgvraag van een patiënt.

De Friesland

De Friesland Zorgverzekeraar NV (Kamer van Koophandel nummer 50884565) die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.

EU- en EER-land

Behalve Nederland worden onder EU-landen verstaan de volgende landen binnen de Europese Unie: 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 zijn de lidstaten van de EU plus Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Gecontracteerd tarief

Het tarief dat De Friesland zou hebben betaald aan een gecontracteerde zorgaanbieder met dezelfde kwalificaties als de niet-gecontracteerde zorgaanbieder waarnaar de verzekerde zich in plaats hiervan heeft gewend.

Meedenkadvies, Meekijkconsult en Verkennend gesprek

Een huisarts kan advies vragen aan bijvoorbeeld een medisch specialist, gezondheidszorgpsycholoog, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten, zodat een passende diagnose, behandeling of doorverwijzing kan worden geboden. Deze raadpleging kan in verschillende vormen (face-to-face of digitaal) plaatsvinden. Het meedenkadvies gaat om contact tussen de huisarts en andere zorgverlener, zonder direct patiëntcontact. Contact tussen de huisarts en de andere zorgverlener waarbij je

aanwezig bent, noemen wij een meekijkconsult. Het verkennend gesprek is een vorm van een meekijkconsult tussen jou en een GGZ-professional of een professional uit het sociaal domein. Het meedenkadvies, meekijkconsult en verkennend gesprek vallen onder artikel 3.8 Huisartsenzorg.

Multidisciplinair

Meerdere zorgverleners met verschillende medisch-inhoudelijke kennis die in samenwerking met elkaar zorg leveren.

Onze website

defriesland.nl

Spoedeisende hulp

Zorg, bestaande uit de herkenning, stabilisatie en reanimatie van alle acute medische patiënten. Het gaat bij de spoedeisende hulp (SEH) om het behandelen van spoedeisende aandoeningen en het verwijzen naar meer gespecialiseerde behandelaars.

Verdragsland

Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER lidstaten, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder vallen Australië, Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Noord-Macedonië, Montenegro, Servië, Tunesië, Turkije, het Verenigd Koninkrijk en Zwitserland.

Verwijzing

Een verwijzing dient altijd voorafgaand aan de gedeclareerde zorg te zijn afgegeven. Een verwijzing bevat ten minste een omschrijving van de klachten van de verzekerde en de reden van de verwijzing, in de vorm van een specifieke medisch inhoudelijke vraagstelling van de verwijzer aan een (met name genoemde) zorgaanbieder. Een verwijzing is maximaal 1 jaar geldig, met uitzondering van een verwijzing voor GGZ. Deze verwijzing is maximaal 9 maanden geldig tot het moment van aanmelding bij de zorgaanbieder.

Verzekerde

De verzekerde is degene van wie de ziektekosten verzekerd zijn.

Verzekeringnemer

De verzekeringnemer is degene die de verzekeringsovereenkomst met De Friesland heeft gesloten.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet bevat regels voor de kwaliteit van de zorgverlening door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Voor verdere informatie kun je bigregister.nl raadplegen.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

Een instelling, niet zijnde een ziekenhuis, die medisch specialistische zorg aanbiedt.

Ziekenhuis

- Een instelling voor medisch specialistische zorg voor verpleging, onderzoek en behandeling, waarin verblijf van 24 uur of langer is toegestaan en die tevens acute zorg kan leveren, waaronder in ieder geval (maar niet beperkt tot) spoedeisende hulp, acute verloskunde en ambulancezorg. Daarnaast beschikt de instelling voor medisch specialistische zorg naast een spoedeisende hulp, ook over een afdeling voor intensive care;
- Een instelling voor medisch-specialistische zorg met een erkenning van het ministerie van VWS als ‘Expertisecentrum voor zeldzame aandoeningen’ (ECZA).

Zorgaanbieder

Persoon of instelling die een of meer vormen van zorg in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden kan verlenen. Met een zorgaanbieder als bedoeld in dit artikel wordt gelijkgesteld een zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd en die volgens het recht van het land van vestiging beschikt over kwalificaties die gelijkwaardig zijn aan die welke in Nederland gelden; kwalificaties die voldoen aan Richtlijn 2001/19/EG, Pb EG L 206. Artsen, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen en apothekers opgeleid binnen één van de EU-lidstaten worden geacht hieraan te voldoen.

Neem gerust contact met ons op als je vragen hebt

Dit kan veilig en snel via De Friesland App. Liever op een andere manier? Kijk voor alle contactmogelijkheden op **defriesland.nl/contact**.

Kijk op defriesland.nl voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners, de hoogte van jouw vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners, het Reglement Hulpmiddelen, het Reglement Farmaceutische zorg, het Reglement PGB Verpleging & Verzorging, de Beroepsverenigingen van alternatief genezers die voldoen aan de criteria van De Friesland, de polisvoorwaarden, brochures, formulieren en overige informatie over onze verzekeringen. Je kunt de informatie ook bij ons opvragen.

Basisverzekering: De Friesland Zorgverzekeraar N.V., KvK 50884565, statutaire zetel Leeuwarden.
Aanvullende verzekeringen: Achmea Zorgverzekeringen N.V., KvK 28080300, statutaire zetel Leiden.

De Friesland is onderdeel van achmea

De Friesland

Gewoon voor elkaar