a.s.r.



ik kies zelf

Polisvoorwaarden 2027

Basisverzekering Vrije Keuze van Ik kies zelf van a.s.r

Inhoud

1. Begripsomschrijvingen **4**

2. Algemene voorwaarden **15**
2.1 Grondslag van de verzekering 15
2.2 Vergoeding van zorg 15
2.3 Premie 19
2.4 Verplicht eigen risico 19
2.5 Vrijwillig gekozen eigen risico 21
2.6 Privacy 22
2.7 Verplichtingen 23
2.8 Regres 23
2.9 Fraude 24
2.10 Onrechtmatige inschrijving 25
2.11 Premiebetaling en betalingsachterstand 25
2.12 Declaraties 26
2.13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen 26
2.14 Herziening van premie of voorwaarden 27
2.15 Begin en einde van de verzekering 27
2.16 Heroverweging en klacht 29
2.17 Clausule terrorismedekking 29

3. Geneeskundige zorg **30**
3.1 Audiologische zorg 30
3.2 Buitenland 30
3.3 Dialyse 31
3.4 Diëtetiek 32
3.5 Eerstelijnsverblijf (elv) 32
3.6 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering 33
3.7 Ergotherapie 34
3.8 Farmaceutische zorg 34
3.9 Fysiotherapie en oefentherapie 36
3.10 Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) 37
3.11 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) 38
3.12 Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) 38
3.13 Huisarts 41
3.14 Hulpmiddelenzorg 41
3.15 Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht of obesitas 42
3.16 Logopedie 43
3.17 Mechanische beademing 43
3.18 Medisch specialistische zorg 43
3.19 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar 46
3.20 Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder 48

Naar inhoud

3.21 Orgaantransplantaties 50
3.22 Preventieve voetzorg 51
3.23 Revalidatie 52
3.24 Stoppen met roken 53
3.25 Trombosedienst 54
3.26 Verloskundige zorg en kraamzorg 54
3.27 Verpleging en verzorging 57
3.28 Ziekenvervoer 60
3.29 Zintuiglijk gehandicapten zorg (ZG-zorg) 62

4. Uitsluitingen **64**

5. Contactgegevens **65**

1. Begripsomschrijvingen

Dit Reglement is onder voorbehoud van goedkeuring door de Nederlandse Zorgautoriteit, zo spoedig mogelijk na 01-01-2027 is de definitieve versie beschikbaar op onze site.

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

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

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

Behandelplan of zorgplan
Een behandelplan of zorgplan bestaat onder andere uit een omschrijving van:
- de voorgeschiedenis;
- de klachten;
- uitkomsten van onderzoeken die al zijn uitgevoerd;
- de (vermoedelijke) diagnose;
- de voorgestelde behandeling: doel, aard, frequentie en duur van de behandeling, door welke zorgaanbieder(s) en met of zonder opname.

Bekkenfysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

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

Budgetbekostiging
Bij budgetbekostiging krijgt een zorgaanbieder een vast bedrag om bepaalde zorg te leveren. Hierdoor blijft de zorg beschikbaar, ook als het aantal behandelingen verschilt of verandert. Vanaf 2027 wordt spoedeisende zorg in het ziekenhuis op deze manier gefinancierd.

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

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

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

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

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

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

Dagbehandeling
Opname korter dan 24 uur.

DBC-zorgproduct
Een DBC-zorgproduct beschrijft het totale traject van medisch specialistische zorg door middel van een declaratiecode, die is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In de DBC zijn de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling omschreven. Het DBC-zorgproduct begint op de datum van de eerste zorgactiviteit. Dit kan zijn een (telefonisch) consult met een specialist of een onderzoek. De DBC wordt afgesloten volgens de geldende regelgeving.

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

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

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

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

EU– en EER–staat
Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.
De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

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

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

Fysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en tevens geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

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

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

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

Geneesmiddel
Een stof of samenstel van stoffen die bestemd is om te worden toegediend of aangewend of gepresenteerd voor:
- het genezen of voorkomen van een ziekte, gebrek, wond of pijn bij de mens;
- het stellen van een geneeskundige diagnose bij de mens, of
- het herstellen, verbeteren of anderszins wijzigen van functies bij de mens.

Geriatrisch fysiotherapeut
Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als geriatrisch fysiotherapeut is geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

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

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

Gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog)
Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

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

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

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

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

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

In-vitrofertilisatiepoging
Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:
- het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van meerdere eicellen/follikels in het lichaam van de vrouw;
- de follikelpunctie;
- de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde een zwangerschap te doen ontstaan.

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

Kaakchirurg
Een tandartsspecialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS).

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

Kinderfysiotherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut is geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

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

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

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

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

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

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

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

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

Machtiging
De schriftelijke toestemming die wij u geven na een aanvraag voor zorg bij een zorgaanbieder. Uit de machtiging blijkt dat:
- de aangevraagde zorg valt onder de dekking van uw zorgverzekering;
- u redelijkerwijs op de zorg bent aangewezen;
- u recht heeft op een (gedeeltelijke) vergoeding van die zorg volgens de polisvoorwaarden.

Bij de desbetreffende zorgsoort zijn de specifieke eisen hieromtrent opgenomen.

Manueel therapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is geregistreerd in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Marktconform tarief
De kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.

Medebehandelaren GGZ
Medebehandelaren werken onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar en zijn met hun beroep opgenomen in de Zorgprestatiemodel (ZPM) Beroepentabel GGZ en de veldnorm Beroepen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg.

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

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

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

NZa
De Nederlandse Zorgautoriteit. Houdt zich bezig met regulering, toezicht en uitvoering van de zorg en stelt voor een deel van de zorg tarieven vast.

Oedeemtherapeut
Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is geregistreerd als oedeemtherapeut in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

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

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

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

Orthodontist
Een tandartsspecialist, die is ingeschreven in het specialistenregister van de Registratiecommissie Tandheelkundig Specialismen (RTS) van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

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

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

Pedicure
Een pedicure die met de aantekening voor diabetes, reuma of medisch pedicure geregistreerd staat in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) of een registratie heeft bij Stipezo in het P-R register niveau A of B (zie stipezo.nl/register), of een medisch pedicure die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Kabiz Medisch Voetzorgverleners (KMV).

Physician assistant
Een physician assistant (PA) is een BIG-geregistreerde medische zorgprofessional met een hbo-masteropleiding. Een PA mag zelfstandig patiënten onderzoeken, diagnoses stellen, behandelen en begeleiden. Dit doet de PA in een samenwerkingsverband met een medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten of huisarts.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SOS International
Organisatie die 24/7 hulp biedt aan verzekerden voor spoedeisende zorg in het buitenland. U kunt online medische hulp vragen via sosinternational.nl/op-reis-en-hulp-nodig/. Er wordt dan binnen 15 minuten contact met u opgenomen.

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

Spoedeisende zorg
Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan 24 uur kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. De beoordeling of hiervan sprake is, wordt gedaan door de medisch adviseurs van a.s.r. en/of de medisch adviseurs van de a.s.r. alarmcentrale uitgevoerd door SOS International.

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

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

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

V&VN
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden.

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

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

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

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

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

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

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

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

Verzekeringnemer
Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Wachtlijstbemiddeling
Heeft de zorgaanbieder waar u bent aangemeld langere wachttijden dan landelijk afgesproken? Neem dan gerust contact met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling via onze website. Wij ondersteunen u graag met bemiddeling naar een andere zorgaanbieder waar u mogelijk sneller geholpen wordt. Ook bij zorgvormen waarvoor doorgaans geen wachttijden gelden - zoals huisartsenzorg, wijkverpleging en kraamzorg - staan wij voor u klaar om te helpen bij het vinden van passende zorg.

Wet BIG
Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.

Wij/ons
ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.

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

Wlz
Wet langdurige zorg.

Wmo
Wet maatschappelijke ondersteuning.

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

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

Ziekenhuis
Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, zoals bedoeld in de Wet Toelating Zorginstellingen.

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

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

Zorgprestatiemodel (ZPM) Beroepentabel GGZ
De beroepenstructuur in de GGZ uitgegeven door de Nederlandse Zorgautoriteit waarin die beroepen zijn opgenomen die bevoegd en bekwaam zijn om een rol te vervullen in de (individuele diagnosegerichte) behandeling van cliënten in de GGZ. Deze is tevens verrijkt met de veldnorm Beroepen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg, die nadere duiding geeft over welke beroepen voor welke taken en verantwoordelijkheden in aanmerking komen.

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

Zorgverlener
Een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.

Zorgverzekeraar
ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.

Zvw-pgb
Persoonsgebonden budget vanuit de Zorgverzekeringswet.

2. Algemene voorwaarden

2.1 Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:
- elke verzekeringsplichtige in Nederland;
- in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.

Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Combinatieverzekering en is gebaseerd op:
- de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
- Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier;
- de door het CAK aangeleverde gegevens van een ambtshalve aangemelde verzekerde.

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

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

De kosten van zorg kunt u of de zorgaanbieder bij ons declareren. Wij vergoeden de kosten volgens de voorwaarden zoals hieronder beschreven in Artikel 2.2 Vergoeding van zorg. Het eigen risico en eventuele wettelijke eigen bijdragen komen voor uw eigen rekening.

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

Wij kunnen geen basisverzekering met u afsluiten als het door u verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder u in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven. Deze regel is niet van toepassing als:
- U een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift heeft overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en deze verklaring mag niet ouder zijn dan één maand;
- U een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank heeft overlegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- U van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

Correspondentie op papier ontvangen
Wij communiceren met u op digitale wijze. Wilt u toch een correspondentiestuk op papier ontvangen? Dan kunt u hiervoor een verzoek indienen bij onze klantenservice. U krijgt dan alsnog uw correspondentiestuk op papier. Uw verzoek geldt alleen voor het correspondentiestuk dat u opvraagt. Alle toekomstige correspondentie ontvangt u gewoon weer digitaal op de gebruikelijke wijze.

2.2 Vergoeding van zorg

Vergoeding
Om te bepalen of u recht heeft op de vergoeding van zorg, is de behandeldatum en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat bepalend. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is. Wordt een

behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de DBC (de datum van de eerste zorgactiviteit) bepalend voor het recht op vergoeding van zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn om zorg vergoed te krijgen.

Vrije keuze van zorgaanbieder
Met deze basisverzekering heeft u recht op de vergoeding van kosten voor zorg. Daarbij bent u volledig vrij in de keuze van zorgaanbieder. U kunt hierbij gebruik maken van:
- zorg verleend door een zorgaanbieder die een overeenkomst met ons heeft (gecontracteerde zorg);
- zorg verleend door een zorgaanbieder die geen overeenkomst met ons heeft (niet-gecontracteerde zorg).

Voor GGZ (Art. 3.12 Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)) en Verpleging & verzorging (Art. 3.27 Verpleging en verzorging) geldt een maximale vergoeding van 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. De rekening betaalt u eerst zelf en declareert u daarna bij ons.

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

Gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op zorgzoeker.asr.nl.

Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wettelijk maximumtarief
Als u naar een zorgaanbieder binnen Nederland gaat waarmee wij geen contract hebben afgesloten en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan betalen wij uw behandeling tot maximaal dit wettelijke maximumtarief. Een zorgaanbieder mag in een dergelijk geval geen hogere prijs vragen dan het wettelijke maximum.

Uitzonderingen hierop zijn:
- GGZ (specialistisch en basis). Hiervoor geldt dat wij uw behandeling vergoeden tot ten hoogste 80% van het gemiddelde door ons gecontracteerde tarief. De rekening betaalt u eerst zelf en declareert u daarna bij ons.
- Verpleging en verzorging. Hiervoor geldt dat wij uw behandeling vergoeden tot ten hoogste 80% van het gemiddelde door ons gecontracteerde tarief. De rekening betaalt u eerst zelf en declareert u daarna bij ons.

Onze maximale tarieven kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen.

Vrije tarieven
Als u naar een zorgaanbieder gaat waarmee wij geen contract hebben afgesloten en er geldt geen wettelijk maximumtarief, dan betalen wij uw behandeling tot het marktconforme tarief. Hieronder wordt wettelijk verstaan: de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.

Als een zorgaanbieder kosten in rekening brengt die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten moet u het meerdere zelf betalen. Voor GGZ en V&V geldt een maximale vergoeding van 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Meer informatie over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg kunt u vinden op: asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/combinatieverzekering.

Voor verpleging en verzorging in de vorm van een Zvw-pgb gelden de maximale tarieven die vermeld staan in het Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze 2027.

Het Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze 2027 kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Hinderpaal
Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. Wij vergoeden dan namelijk niet altijd het hele bedrag. Dit kan voor u een belemmering zijn om voor deze zorgaanbieder te kiezen. Bestaat er bij het maken van deze keuze een te grote hindernis (een hinderpaal) om gebruik te maken van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder van uw keuze? Dan kunt u ons vragen om een hogere vergoeding. Dit doet u via ons klachtenformulier asr.nl/over-asr/klachtenformulier.

In uw verzoek schrijft u:
- Welke zorg u nodig heeft.
- Wat de kosten hiervan zijn.
- Welk deel u zelf moet betalen.
- Waarom dit bedrag voor u een belemmering is om voor deze zorgaanbieder te kiezen.

Wij beoordelen uw verzoek en zullen u daarover informeren.
Meer informatie vindt u op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen.

Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg
Wij behandelen alleen originele nota's. We kunnen de nota alleen verwerken als hierop alle relevante gegevens vermeld staan. Deze worden bepaald door de NZa en benoemd in de nu geldende beleidsregels. Deze zijn te vinden op puc.overheid.nl/nza.

Ook vergoeden wij alleen zorg die ook daadwerkelijk geleverd is. Indien u een nota heeft ontvangen van uw zorgaanbieder, maar de zorg is niet geleverd dan vergoeden wij deze niet.

Uit de nota dient te blijken welke zorgkosten de zorgaanbieder bij u in rekening brengt. Als u de nota zelf heeft ontvangen van de zorgaanbieder, bent u verantwoordelijk voor een tijdige betaling van de nota aan de zorgaanbieder.

U kunt uw recht op vergoeding alleen overdragen aan een niet-gecontracteerde zorgaanbieder als u of deze zorgaanbieder gebruik maakt van een akte van cessie die voldoet aan onze regels die te vinden zijn op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten. Dit geldt niet voor:
- audiologische zorg (artikel 3.1 Audiologische zorg);
- dialyse (artikel 3.3 Dialyse);
- erfelijkheidsonderzoek en -advisering (artikel 3.6 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering);
- farmaceutische zorg (artikel 3.8 Farmaceutische zorg);
- geestelijke gezondheidszorg, exclusief verslavingszorg (artikel 3.12 Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ));
- hulpmiddelenzorg (artikel 3.14 Hulpmiddelenzorg);
- mechanische beademing (artikel 3.17 Mechanische beademing);
- medisch specialistische zorg (artikel 3.18 Medisch specialistische zorg);
- orgaantransplantaties (artikel 3.21 Orgaantransplantaties);
- revalidatie (artikel 3.23 Revalidatie);
- trombosedienst (artikel 3.25 Trombosedienst);
- verpleging en verzorging (artikel 3.27 Verpleging en verzorging).

Voor de zorg genoemd in bovengenoemde artikelen geldt een cessieverbod.
Een cessieverbod houdt in dat de zorgaanbieder geen nota namens u bij ons mag indienen. U betaalt zelf de nota aan de zorgaanbieder en dient de nota vervolgens zelf bij ons in.

Spoedeisende zorg (ook in het buitenland)
Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan 24 uur kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. De beoordeling of hiervan sprake is, wordt gedaan door de medisch adviseurs van a.s.r. en/of de medisch adviseurs van de a.s.r. alarmcentrale uitgevoerd door SOS International.

Heeft u met spoed zorg nodig in het buitenland? Neem dan zo snel mogelijk contact op met SOS International via telefoonnummer +31 (0)30 257 35 75.

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

Het kan voorkomen dat u de nota van de zorginstelling zelf bij ons moet indienen.

Wachtlijstbemiddeling
Heeft de zorgaanbieder waar u bent aangemeld langere wachttijden dan landelijk afgesproken? Neem dan gerust contact met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling via onze website. Wij ondersteunen u graag met bemiddeling naar een andere zorgaanbieder waar u mogelijk sneller geholpen wordt. Wij kunnen u ook proactief benaderen voor een passend alternatief, als u bij de verwijzing door uw huisarts hiervoor goedkeuring hebt gegeven.

Ook bij zorgvormen waarvoor doorgaans geen wachttijden gelden – zoals huisartsenzorg, wijkverpleging en kraamzorg – staan wij voor u klaar om te helpen bij het vinden van passende zorg.

Te veel betaald
Het komt soms voor dat wij uw declaraties controleren om na te gaan of wij aan u of de zorgverlener of zorgaanbieder meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via automatische incasso. Doordat u deze verzekering met ons bent aangegaan heeft u (verzekeringnemer) ons hiervoor een machtiging verleend.

Machtigingenbeleid
Voor een aantal vergoedingen geldt een machtigingenbeleid. Dat betekent dat u (of uw zorgaanbieder namens u) voorafgaand aan de behandeling een aanvraag bij ons in moet dienen om toestemming te krijgen. Als wij de gevraagde toestemming verlenen, krijgt u hiervoor een schriftelijke machtiging.
Hiervan is sprake bij:
- bepaalde geneesmiddelen (artikel 3.8 Farmaceutische zorg);
- GGZ-behandeling door een niet-gecontracteerde GGZ-instelling (artikel 3.12 Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ));
- GGZ-diagnostiek door een niet-gecontracteerde GGZ-instelling van meer dan 300 minuten (artikel 3.12 Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ));
- aaneengesloten verblijf van meer dan 365 dagen in een klinische GGZ-instelling (artikel 3.12 Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ));
- niet-gecontracteerde hulpmiddelen (artikel 3.14 Hulpmiddelenzorg) en bij bepaalde gecontracteerde hulpmiddelen (Reglement Hulpmiddelen Vrije Keuze);
- behandeling van plastisch chirurgische aard (artikel 3.18 Medisch specialistische zorg);
- bepaalde kaakchirurgische behandelingen (artikel 3.19 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar en 3.20 Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder) zie hiervoor de limitatieve lijst machtigingen kaakchirurgie;
- bepaalde behandelingen binnen de mondzorg (artikel 3.19 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar en 3.20 Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder);
- niet-gecontracteerde ZBC's bij revalidatie (artikel 3.23 Revalidatie);
- niet-gecontracteerde verpleging en verzorging (artikel 3.27 Verpleging en verzorging);
- persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb) (artikel 3.27 Verpleging en verzorging) zie hiervoor het a.s.r. Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze 2027;
- aaneengesloten verblijf van meer dan 365 dagen in de klinische zintuiglijke gehandicaptenzorg (artikel 3.29 Zintuiglijk gehandicapten zorg (ZG-zorg));
- als u naar het buitenland reist om daar zorg te ontvangen.

In de machtiging vermelden wij de periode waarvoor deze geldig is. Als in de machtiging een periode is vermeld die de looptijd van de verzekering overschrijdt, dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over volgens hun eigen voorwaarden en tarieven.

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

Vergoeding DBC-zorgproduct
Voor de vergoeding van zorg waarbij sprake is van een DBC-zorgproduct, wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Dat betekent dat de kosten over de DBC geopend in 2026 worden vergoed door de 'oude' verzekeraar, als u in 2027 bent overgestapt.

Voorbeeld:
Als u in 2026 voor het eerst met de specialist contact heeft gehad, de specialist een DBC-zorgproduct opent en de behandeling of operatie wordt uitgevoerd of voortduurt in 2027. Dan gelden de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2026. Als de specialist een nieuwe vervolg DBC-zorgproduct opent in 2027, gelden voor het vervolg-zorgproduct de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2027.

Buitenland
Voor zorgkosten die u in het buitenland maakt gelden andere vergoedingsregels. Die kunt u vinden in artikel 3.2 Buitenland Buitenland.

2.3 Premie

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

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

De premie berekenen wij door de premiegrondslag te verminderen met een eventuele korting voor een vrijwillig gekozen eigen risico en de eventuele korting voor deelname aan een collectief contract.

2.4 Verplicht eigen risico

Hoogte verplicht eigen risico
Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 400 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Voor de GGZ geldt vanaf 2022 het volgende: het eigen risico wordt maandelijks berekend en in rekening gebracht. Indien uw behandeling is gestart in 2026 en doorloopt in 2027, kunt u te maken krijgen met een eigen risico factuur over 2026 en 2027.

Wanneer is het verplicht eigen risico van toepassing
Het verplicht eigen risico is van toepassing op alle zorgvormen in deze polisvoorwaarden behalve voor:
- de kosten van huisartsenzorg. Geneesmiddelen voorgeschreven door de huisarts en laboratoriumonderzoek dat samenhangt met huisartsenzorg vallen wel onder uw eigen risico;
- de kosten van gecombineerde leefstijlinterventie;
- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van verpleging en verzorging;
- de kosten van preventieve voetzorg;
- de kosten van nacontroles van de donor;
- de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;

- medische kosten van een levende donor die verband houden met de donatie en die optreden na 13 weken na de donatie;
- de kosten van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomanagement en COPD;
- medicatiebeoordeling bij chronisch UR (uitsluitend recept) geneesmiddel(en)gebruik;
- hulpmiddelen in bruikleen of huur op basis van bruikleen;
- de kosten van domein- en sectoroverstijgende samenwerking;
- de kosten van een door de huisarts aangevraagd meekijkconsult, waaronder het verkennend gesprek, en meedenkadviezen;
- de kosten van multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt;
- de kosten van niet invasieve prenatale test en het structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester;
- eigen bijdragen (behalve voor geneesmiddelen) of eigen betalingen. De eigen bijdrage en eigen betaling worden niet verrekend met het eigen risico;
- zorg die wordt verleend door locatie Spoedzorg Zoetermeer;
- stoppen-met-rokenbegeleiding en nicotine vervangende middelen en geneesmiddelen als onderdeel van stoppen-met-rokenbegeleiding.

Voor de kosten van geneesmiddelen geldt het volgende:
- a.s.r. vergoedt medicijnen die op de voorkeurslijst staan. Dit zijn medicijnen met dezelfde werking en een gunstigere prijs.
  - Voor medicijnen op de voorkeurslijst betaalt u geen of slechts een gedeeltelijk eigen risico. Dit geldt alleen als het medicijn wordt verstrekt door een gecontracteerde zorgaanbieder. Op de lijst Voorkeursmedicijnen (zie asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/medicijnen/voorkeursbeleid) staat welke medicijnen preferent zijn en of de kosten daarvan niet, dan wel gedeeltelijk (voor 35%) met het eigen risico worden verrekend.
  - Staat uw medicijn niet op de voorkeurslijst of wordt het niet verstrekt door een gecontracteerde aanbieder? Dan komen de kosten van dit medicijn ten laste van uw eigen risico.
- De kosten van de zorg die de apotheek verleent (zoals kosten van de aflevering of een begeleidingsgesprek) vallen volledig onder het verplicht eigen risico, ook als de apotheek preferente medicijnen levert.
- Ook op medicatie in het buitenland is het voorkeursbeleid van toepassing.

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

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

Door de invoering van budgetbekostiging voor spoedeisende hulp kan een deel van de kosten voor spoedeisende hulp via een DBC en een ander deel via een zogenoemde OZP in rekening worden gebracht. Hierdoor kunnen deze kosten op verschillende momenten met uw eigen risico worden verrekend.

Berekening verplicht eigen risico bij tussentijdse wijziging
Als de basisverzekering niet start of eindigt op 1 januari, berekenen wij het verplicht eigen risico als volgt:
- het bedrag aan verplicht eigen risico keer het aantal dagen dat de basisverzekering in het betreffende kalenderjaar van kracht is;
- deze uitkomst delen we door het totaal aantal dagen van het betreffende kalenderjaar.

DBC-zorgproduct (Diagnose Behandel Combinatie-zorgproduct)
Voor de berekening van het verplicht eigen risico wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Dat betekent dat het eigen risico over 2026 in rekening wordt gebracht door de 'oude' verzekeraar, als u in 2027 bent overgestapt.

Voorbeeld:
Als u in 2026 voor het eerst met de specialist contact heeft gehad, de specialist een DBC-zorgproduct opent en de behandeling of operatie wordt uitgevoerd of voortduurt in 2027. Dan gelden de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2026. Als de specialist een nieuwe vervolg DBC-zorgproduct opent in 2027, gelden voor het vervolg-zorgproduct de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2027.

2.5 Vrijwillig gekozen eigen risico

Hoogte vrijwillig eigen risico
Het vrijwillig gekozen eigen risico is standaard € 0,-. Als u achttien jaar of ouder bent kunt u eventueel kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. U krijgt hiervoor een korting op uw premie. Deze korting vermelden wij op uw polisblad. Voor de GGZ geldt het volgende: het eigen risico wordt maandelijks berekend en in rekening gebracht.

Wanneer is het vrijwillig eigen risico van toepassing
Het vrijwillig gekozen eigen risico is van toepassing op alle zorgvormen in deze polisvoorwaarden behalve voor:
- de kosten van huisartsenzorg. Geneesmiddelen voorgeschreven door de huisarts en laboratoriumonderzoek dat samenhangt met huisartsenzorg vallen wel onder uw eigen risico;
- de kosten van gecombineerde leefstijlinterventie;
- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van verpleging en verzorging;
- de kosten van preventieve voetzorg;
- de kosten van nacontroles van de donor;
- de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- medische kosten van een levende donor die verband houden met de donatie en die optreden na 13 weken na de donatie;
- de kosten van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomanagement en COPD;
- medicatiebeoordeling bij chronisch UR (uitsluitend recept) geneesmiddel(en)gebruik;
- hulpmiddelen in bruikleen of huur op basis van bruikleen;
- de kosten van domein- en sectoroverstijgende samenwerking;
- de kosten van een door de huisarts aangevraagd meekijkconsult, waaronder het verkennend gesprek, en meedenkadviezen;
- de kosten van multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt;
- de kosten van niet invasieve prenatale test en het structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester;
- eigen bijdragen (behalve voor geneesmiddelen) of eigen betalingen;
- zorg die wordt verleend door locatie Spoedzorg Zoetermeer;
- stoppen-met-rokenbegeleiding en nicotine vervangende middelen en geneesmiddelen als onderdeel van stoppen-met-rokenbegeleiding.

Voor de kosten van geneesmiddelen geldt het volgende:
- a.s.r. vergoedt medicijnen die op de voorkeurslijst staan. Dit zijn medicijnen met dezelfde werking en een gunstigere prijs.
  - Voor medicijnen op de voorkeurslijst betaalt u geen of slechts een gedeeltelijk eigen risico. Dit geldt alleen als het medicijn wordt verstrekt door een gecontracteerde zorgaanbieder. Op de lijst Voorkeursmedicijnen (zie asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/medicijnen/voorkeursbeleid) staat welke medicijnen preferent zijn en of de kosten daarvan niet, dan wel gedeeltelijk (voor 35%) met het eigen risico worden verrekend.
  - Staat uw medicijn niet op de voorkeurslijst of wordt het niet verstrekt door een gecontracteerde aanbieder? Dan komen de kosten van dit medicijn ten laste van uw eigen risico.
- De kosten van de zorg die de apotheek verleent (zoals kosten van de aflevering of een begeleidingsgesprek) vallen volledig onder het vrijwillig eigen risico, ook als de apotheek preferente medicijnen levert.

- Ook op medicatie in het buitenland is het voorkeursbeleid van toepassing.

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

Door de invoering van budgetbekostiging voor spoedeisende hulp kan een deel van de kosten voor spoedeisende hulp via een DBC en een ander deel via een zogenoemde OZP in rekening worden gebracht. Hierdoor kunnen deze kosten op verschillende momenten met uw eigen risico worden verrekend.

Berekening vrijwillig eigen risico bij tussentijdse wijziging
Als de basisverzekering niet start of eindigt op 1 januari, berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:
- het bedrag aan vrijwillig eigen risico keer het aantal dagen dat de basisverzekering in het betreffende kalenderjaar van kracht is;
- deze uitkomst delen we door het totaal aantal dagen van het betreffende kalenderjaar.

Als de basisverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaand hieraan al een basisverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillig eigen risico als volgt berekend:
- het bedrag aan vrijwillig eigen risico keer aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is voor de eerste periode en voor de periode nadat het vrijwillig eigen risico is gewijzigd;
- deze bedragen tellen we bij elkaar op en delen we door het aantal dagen in het kalenderjaar;
- de uitkomst ronden we af op hele euro's.

DBC-zorgproduct (Diagnose Behandel Combinatie-zorgproduct)
Voor de berekening van het vrijwillige eigen risico wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Dat betekent dat het eigen risico over 2026 in rekening wordt gebracht door de 'oude' verzekeraar, als u in 2027 bent overgestapt.

Voorbeeld:
Als u in 2026 voor het eerst met de specialist contact heeft gehad, de specialist een DBC-zorgproduct opent en de behandeling of operatie wordt uitgevoerd of voortduurt in 2027. Dan gelden de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2026. Als de specialist een nieuwe vervolg DBC-zorgproduct opent in 2027, gelden voor het vervolg-zorgproduct de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico van 2027.

2.6 Privacy

Registratie van uw persoonsgegevens
Als u een verzekering of financiële dienst bij ons aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij:
- om overeenkomsten met u aan te gaan en uit te voeren;
- om u te informeren over relevante producten en deze bij u aan te bieden;
- om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- voor statistische analyses;
- voor relatiebeheer;
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

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

Meer informatie hierover kunt u vinden in de privacyverklaring op asrnederland.nl/privacyverklaring.

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

Meer informatie kunt u vinden op stichtingcis.nl.

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

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

2.7 Verplichtingen

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

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

2.8 Regres

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

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

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

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

2.9 Fraude

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

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

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

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

Maatregelen
Als u en medeplichtige(n) of medepleger(s) zich tegenover ons schuldig maken aan fraude, dan hebben wij het recht om:
- een officiële waarschuwing te geven;
- een interne signalering te plaatsen;
- uw (zorg)verzekering per direct te beëindigen. Dit houdt in:
  - gedurende een periode van 5 jaar een nieuwe basisverzekering te weigeren. Voor andere zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht op de basisverzekering jegens u;
  - gedurende een periode van 8 jaar de afsluiting van (aanvullende) verzekeringen te weigeren bij de verzekeraars van a.s.r.
- uw contractrelatie stop te zetten en alle lopende verzekeringen bij de merken van a.s.r. en haar volmachten op te zeggen;
- uw persoonsgegevens te registreren in het Externe Verwijzingsregister van de stichting CIS;
- uw persoonsgegevens te registreren bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- een verzoek tot strafrechtelijke vervolging in gang te zetten door het doen van aangifte bij de politie of een andere opsporingsinstantie;
- (zorg)kosten gemoeid met fraude terug te vorderen.

2.10 Onrechtmatige inschrijving

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

Als wij voor u een basisverzekering opmaken op grond van Regeling onverzekerden van het CAK en later blijkt dat u bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was, dan vervalt onze basisverzekering met terugwerkende kracht. U moet dan aan ons en het CAK aantonen dat u bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was. U heeft hiervoor twee weken de tijd, vanaf het moment dat het CAK u hiervan op de hoogte heeft gebracht. Het CAK voert in opdracht van de overheid regelingen uit.

2.11 Premiebetaling en betalingsachterstand

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

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

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

Heeft u gekozen voor betaling van de premie per jaar, halfjaar of kwartaal en hebben wij uw betaling niet binnen de gestelde betalingstermijn van 30 dagen ontvangen? Dan zetten wij uw polis om in maandbetaling. U heeft dan geen recht meer op betalingskorting.

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

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

Betalingsachterstand van de premie
Als u een betalingsachterstand heeft van twee maandpremies, dan bieden wij u een betalingsregeling aan voor de premie. Bij een betalingsachterstand van vier maandpremies, berichten wij u dat wij bij een betalingsachterstand van zes maandpremies het Centraal Administratie Kantoor (CAK) inschakelen voor het heffen van een bestuurs-rechtelijke premie. Bij een betalingsachterstand van zes of meer maandpremies, melden wij dit aan het CAK en aan u als verzekeringnemer. Vanaf dat moment int het CAK de bestuursrechtelijke premie bij u als verzekeringnemer. U betaalt geen nominale premies meer aan ons. De wettelijke regeling betreffende ‘De gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie’ (artikelen 18a tot en met 18g Zorgverzekeringswet) is dan van toepassing. Het is ons toegestaan om het achterstallige bedrag te verrekenen met bedragen die wij nog aan u verschuldigd zijn. Deze verrekening geldt ook voor achterstallig eigen risico en eigen bijdrage. Heeft u gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar dan vervalt deze keuze per eerstkomende 1 januari.

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

2.12 Declaraties

Rechtstreeks betaalde declaraties
Wij hebben het recht om declaraties van zorgaanbieders, die bij ons zijn ingediend door een zorgaanbieder, rechtstreeks te betalen aan die zorgaanbieder. U heeft recht op een overzicht van de betaalde bedragen.

Wij zullen niet rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen, indien de zorgaanbieder onder een wettelijke sanctieregeling valt.

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

Vordering in het algemeen
Van de door u terug te betalen bedragen krijgt u van ons bericht. U moet deze bedragen binnen de in het bericht genoemde termijn aan ons betalen. Het is niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een bedrag dat u nog van ons tegoed hebt.

2.13 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

Veranderingen in uw persoonlijke situatie
Als verzekeringnemer of verzekerde bent u verplicht om gegevens die voor de juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn binnen 30 dagen aan ons door te geven. Hiermee bedoelen wij in ieder geval:
- als uw verzekeringsplicht eindigt;
- als uw rekeningnummer/IBAN wijzigt;
- als u langdurig gaat verblijven in het buitenland;
- als u verhuist,
- als u op grond van een rechterlijke uitspraak gedetineerd wordt;
- als uw detentie eindigt.

Geboorte
Het is belangrijk om ook de geboorte van een kind snel bij ons te melden. Als de geboorte binnen vier maanden aan ons wordt gemeld, kunnen wij uw kind met terugwerkende kracht verzekeren tot aan de dag van de geboorte.

Alle zorgkosten die in de tussentijd zijn gemaakt, worden dan gedekt door de verzekering. Als de geboorte van een kind pas na vier maanden aan ons wordt gemeld, gaat de verzekering in op de dag waarop wij de melding hebben ontvangen. Als het kind dan al zorgkosten heeft gemaakt, blijven die voor rekening van de ouders.

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

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

2.14 Herziening van premie of voorwaarden

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

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

U ontvangt hierover een bericht
Een wijziging in de grondslag van de premie treedt pas in werking zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld. Voordat we iets veranderen, ontvangt u van ons een bericht met informatie over de wijziging. Een klacht over de toepassing van de wijziging doorloopt de gebruikelijke klachtenprocedure (zie artikel 2.16 Heroverweging en klacht).

2.15 Begin en einde van de verzekering

Begin van uw basisverzekering
De basisverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. Bij een overstap aan het einde van het jaar of voor 1 februari van het volgende jaar (als uw oude verzekering al is opgezegd) van uw oude zorgverzekeraar naar ons, is de begindatum 1 januari van het nieuwe jaar.

In andere gevallen verzekeren wij u met terugwerkende kracht:
- als u een basisverzekering bij ons aanvraagt binnen vier maanden nadat een verzekeringsplicht is ontstaan (bijvoorbeeld bij de geboorte van een kind of voor mensen uit het buitenland). De ingangsdatum is dan de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.
- als u een basisverzekering bij ons aanvraagt binnen één maand nadat u uw basisverzekering bij een andere verzekeraar heeft beëindigd. De ingangsdatum is dan de eerste dag nadat uw oude basisverzekering is geëindigd.

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

Herroepingsrecht
De verzekeringnemer heeft een periode van 14 dagen na het indienen van een verzoek tot het sluiten van een basisverzekering om deze ongedaan te maken op basis van het herroepingsrecht.

U kunt hiervoor gebruik maken van ons herroepingsformulier op: asr.nl/contact/online-herroepen/aanvragen.

Beëindiging van uw basisverzekering door opzegging

Overstappen aan het einde van het jaar
Als verzekeringnemer kunt u uw basisverzekering tot en met 31 december van het jaar met ingang van 1 januari van het volgende jaar opzeggen. Als u uw basisverzekering niet opzegt, verlengen wij uw basisverzekering stilzwijgend steeds met één jaar.

Opzeggen kunt u (verzekeringnemer) op de volgende manieren:
- u zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op;
- u maakt voor 31 december gebruik van de overstapservice.

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

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

Tussentijds opzeggen
Opzeggen gedurende het kalenderjaar is alleen mogelijk in de volgende gevallen:
- u (verzekeringnemer) hebt iemand anders dan uzelf verzekerd en die ander wordt via een andere basisverzekering verzekerd. Wij moeten daarbij wel een bewijs van inschrijving van de nieuwe verzekering van u ontvangen. Als wij de opzegging ontvangen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering, dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt.
  In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd;
- bij wijziging van de premiegrondslag of polisvoorwaarden in uw nadeel. De basisverzekering eindigt dan op dag waarop de wijziging in uw premie of voorwaarden ingaat. U heeft 30 dagen de tijd voor uw schriftelijke opzegging nadat wij u over de wijziging hebben geïnformeerd. Bij een wijziging van de voorwaarden of premie als gevolg van een wettelijke bepaling geldt deze opzeggingsgrond niet;
- u (verzekeringnemer) bent collectief bij ons verzekerd en treedt in dienst bij een andere werkgever met een andere collectieve basisverzekering. U kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat uw nieuwe dienstverband is ingegaan. Uw nieuwe collectieve basisverzekering gaat in op de dag van indiensttreding bij uw nieuwe werkgever als dit de eerste dag van de maand is of anders op de eerste dag van de maand na indiensttreding. Uw oude collectieve basisverzekering eindigt diezelfde dag. Bij het beëindigen van deelname aan de collectiviteit vervallen alle eventuele kortingsrechten en overige afspraken van het collectieve deel;
- u bent onlangs 18 jaar geworden en u wilt overstappen naar een andere verzekeraar;
- u heeft een bericht ontvangen van de NZa dat wij niet hebben voldaan aan artikel 15.f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. Uw opzegging moet in dat geval binnen 6 weken na het bericht van de NZa door ons zijn ontvangen.

Deze opzegmogelijkheden gelden niet:
- tijdens de periode dat u (verzekeringnemer) de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet binnen de gestelde termijnen heeft betaald (zie artikel 2.11 Premiebetaling en betalingsachterstand), tenzij wij uw opzegging binnen 2 weken bevestigen;
- tijdens de eerste 12 maanden van de verzekeringsovereenkomst, als u bent verzekerd via de Regeling onverzekerden van het CAK.

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

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

Beëindiging verzekering bij bedreiging of intimidatie
Wij kunnen de verzekering(en) ook beëindigen als u onze medewerkers bedreigt of intimideert. Of als u onze eigendommen beschadigt. U krijgt dan de door u betaalde premie en kosten niet terug.

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

2.16 Heroverweging en klacht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Verzoek om heroverweging
Bent u het niet eens met onze beslissing? Dan kunt u ons vragen om deze beslissing te heroverwegen. Dit kan door uw verzoek tot heroverweging te uploaden naar asr.nl/service/zorgverzekering-upload. Ook kunt u een brief sturen aan:
a.s.r.
t.a.v. de afdeling Zorg Medisch
Postbus 2072
3500 HB Utrecht
Wilt u in uw verzoek duidelijk aangeven waarom u het niet eens bent met de beslissing? Stuur extra documenten en/of argumenten die dit kunnen onderbouwen mee met dit verzoek. Vermeld er in alle gevallen duidelijk bij dat het om een heroverweging gaat. Voor vragen kunt u met ons bellen op (030) 699 79 30.

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

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

Vindt u dat uw klacht niet goed is afgehandeld? Leg uw klacht dan voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). U kunt met uw klacht ook naar de bevoegde rechter.

Klachten over standaardformulieren
Als u onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vindt, kunt u daarover een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa kan hierover een bindende uitspraak doen.

2.17 Clausule terrorismedekking

Op deze verzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

De tekst van de clausule terrorismedekking kunt u bij ons opvragen.

3. Geneeskundige zorg

3.1 Audiologische zorg

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

Wij vergoeden zorg verleend door een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:
- onderzoek doet naar uw gehoorfunctie;
- u adviseert over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- u voorlichting geeft over het gebruik van de gehoorapparatuur;
- psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is;
- u helpt bij het stellen van een diagnose bij een spraak- en taalstoornis bij uw kind.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

3.2 Buitenland

Aanleveren van documentatie
Voor het bepalen van de hoogte van een vergoeding ontvangen wij de informatie van de behandelend arts waaruit blijkt welke zorg geleverd is. Wij vertalen de documentatie. Als het ons niet lukt om de documenten goed te vertalen, dan verzoeken wij u om de documenten te laten vertalen door uw behandelaar in het buitenland naar het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als uw behandelaar in het buitenland de documentatie niet in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans kan aanleveren bent u zelf verantwoordelijk voor een vertaling door een beëdigd vertaalbureau. Anders kunnen wij uw declaratie niet in behandeling nemen.

Spoedeisende zorg
Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan 24 uur kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen. De beoordeling of hiervan sprake is, wordt gedaan door de medisch adviseurs van a.s.r. en/of de medisch adviseurs van de a.s.r. alarmcentrale uitgevoerd door SOS International.

SOS International kunt u bereiken op +31 (0)30 257 35 75 (staat ook op uw zorgpas) of via sosinternational.nl/op-reis-en-hulp-nodig/.

Indien de zorg wordt beoordeeld als spoedeisende zorg vergoeden wij het marktconforme tarief. Voor het bepalen van de hoogte van een vergoeding ontvangen wij een medisch verslag of een ontslagbrief van de behandelend arts waaruit blijkt welke zorg geleverd is.

Bij spoedeisende zorg in het buitenland hebt u geen recht op vergoeding van verblijfskosten boven de reguliere verpleegklasse, zoals kosten voor een éénpersoonskamer (plus alle bijkomende kosten die verband houden met verblijfskosten boven de reguliere verpleegklasse; de zogeheten supplementen).

Niet-spoedeisende zorg vooraf aanvragen
U heeft bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland vooraf onze toestemming nodig. U verneemt dan van tevoren of en tot welk bedrag een vergoeding mogelijk is. Welke informatie en documenten wij nodig hebben voor de beoordeling van uw aanvraag, verschilt per zorgsoort. Op onze website vindt u welke documenten u moet aanleveren voor uw aanvraag van zorg in het buitenland.

Bij niet-spoedeisende zorg in het buitenland hebt u geen recht op vergoeding van verblijfskosten boven de reguliere verpleegklasse, zoals kosten voor een éénpersoonskamer (plus alle bijkomende kosten die verband houden met verblijfskosten boven de reguliere verpleegklasse; de zogeheten supplementen).

Meer informatie over niet-spoedeisende zorg in het buitenland kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/buitenland/geplande-zorg.

U woont in Nederland en gebruikt zorg buiten Nederland
Wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan. Wij vergoeden maximaal tot het Nederlandse marktconforme tarief. Voor GGZ en V&V geldt een maximale vergoeding van 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Meer informatie over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg kunt u vinden op onze website: asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/combinatieverzekering

U woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland. U heeft dan de keuze:
- Wij vergoeden uw zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- Wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

U woont in een ander EU/EER-land of verdragsland en verblijft tijdelijk in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland. U heeft dan de keuze:
- wij vergoeden uw zorg volgens de wettelijke regeling van dat land waar u de zorg krijgt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- Wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

U woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is
Wij vergoeden uw zorg onder dezelfde voorwaarden als wanneer u in Nederland naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn gegaan.

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

Meer informatie over het gebruik van uw EHIC kaart kunt u vinden op hetcak.nl/zorgverzekering-buitenland/.

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

3.3 Dialyse

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

Als de dialyse bij u thuis plaatsvindt, heeft u recht op vergoeding van:
- een opleiding door het dialysecentrum voor degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;

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

Voor de eventuele aanpassingen aan uw woning en herstellen van uw woning in de oorspronkelijke staat heeft u vooraf onze schriftelijke toestemming nodig.

3.4 Diëtetiek

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

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

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde diëtist gaat, kunnen wij u om een verklaring vragen waaruit blijkt voor welke indicatie u bij de diëtist onder behandeling bent. Deze verklaring moet afkomstig zijn van een huisarts, tandarts, consultatiebureauarts, bedrijfsarts, jeugdarts, medisch specialist of van de behandelend diëtist zelf wanneer sprake is van Directe Toegang Diëtetiek (DTD). Uit de verklaring moet blijken welke indicatie ten grondslag ligt aan de behandeling en dat de zorg een geneeskundig doel heeft.

Diëtiek in het kader van gzsp
Indien u zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 3.11 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp).

3.5 Eerstelijnsverblijf (elv)

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

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

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

U kunt geen eerstelijnsverblijf ontvangen als u een indicatie heeft voor:
- respijtzorg vanuit de Wmo;
- verblijf onder de Wlz;
- verblijf gerelateerd aan geboortezorg (kraamhotel).

Zorg die geleverd en gedeclareerd wordt via het eerstelijnsverblijf kan niet ook nog apart gedeclareerd worden met andere prestaties.

Kwaliteitseisen aanbieders eerstelijnsverblijf
Alle aanbieders moeten minimaal aan de volgende eisen voldoen:
- De door de zorgaanbieder geleverde zorg voldoet aan de laatste eisen en standaarden van de beroepsgroep.
- Er zijn 24 uur per dag, 7 dagen per week verpleegkundigen beschikbaar. Een verpleegkundige met minimaal hbo-niveau is de eerstverantwoordelijke verpleegkundige en dus ook het eerste aanspreekpunt voor u.
- De zorgaanbieder maakt bij opname en ontslag afspraken met de huisarts en het ziekenhuis over de overdracht van medische gegevens en het medisch beleid.

Bij palliatief terminale zorg gelden voor de zorgaanbieder de volgende voorwaarden:
- Er zijn 24/7 verpleegkundigen met deskundigheidsniveau 4 of 5 beschikbaar, die bevoegd en bekwaam zijn om palliatieve zorg te bieden (zoals beschreven in de competentiebeschrijving voor verpleegkundigen palliatieve zorg van de V&VN).
- De zorg wordt geleverd overeenkomstig het Kwaliteitskader Palliatieve zorg NL en de richtlijnen voor palliatieve zorg van IKNL (palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg).
- De zorgaanbieder is aangesloten bij het regionale Netwerk Palliatieve Zorg (NPZ).
- De zorgaanbieder werkt volgens de Zorgmodule Palliatieve Zorg 1.0 en het Zorgpad Stervensfase.
- De zorgaanbieder werkt samen met het regionale team of maakt gebruik van een TOPZ: Team Ondersteuning Palliatieve Zorg.
- De zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van de LESA-richtlijnen (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings-afspraak) en de regionale transmurale afspraken (RTA) op het gebied van palliatieve zorg (als die aanwezig zijn binnen het werkgebied).

3.6 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

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

Wij vergoeden deze zorg als er een verwijzing is van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg, zoals beschreven in Artikel 3.18 Medisch specialistische zorg.

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

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

3.7 Ergotherapie

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

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

Ergotherapie in het kader van gzsp
Indien u zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 3.11 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp).

3.8 Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg betreft een geneesmiddel en de terhandstelling, het advies erover en begeleiding hiervan. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen zoals tabletten, drankjes, injecties etc. Een geneesmiddel betreft een stof die een bepaalde (gewenst genezende) werking op het lichaam heeft.

Vergoeding
Recht op vergoeding van farmaceutische zorg betreft:
- levering van geneesmiddelen en advies zoals apotheekhoudenden (apothekers en apotheekhoudende huisartsen) die bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.
- Vergoeding van:
  - de door ons aangewezen geregistreerde geneesmiddelen uit Bijlage 1 t/m 2 van de Regeling zorgverzekering en apotheekbereidingen die (nagenoeg) gelijkwaardig zijn aan de niet aangewezen geregistreerde geneesmiddelen vermeld in Bijlage 3A van de Regeling zorgverzekering. Voor meer informatie over de door ons aangewezen geneesmiddelen en de voorwaarden die hierop van toepassing zijn, verwijzen wij u naar ons Reglement Farmaceutische Zorg en naar onze website, zie hiervoor asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/medicijnen;
  - andere geneesmiddelen, mits het rationele farmacotherapie betreft die:
    - door of in opdracht van een apotheekhoudende in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid en ter hand worden gesteld (overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet);
    - door vastgestelde regels in de handel worden gebracht en op verzoek van een arts in Nederland zijn bereid door een fabrikant. De geneesmiddelen zijn bestemd voor gebruik door individuele patiënten van die arts en zijn onder zijn toezicht bereid volgens zijn specificaties. (overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet);
    - door vastgestelde regels in de handel zijn in een andere lidstaat of een derde land en op verzoek van een arts in Nederland zijn ingevoerd of anderszins binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht en bestemd zijn voor een patiënt die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners (overeenkomstig artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet);
  - polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten die voldoen aan onderdeel 1 van Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Ze moeten tevens voldoen aan de in artikel 2.3 van het Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze genoemde bepalingen.

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

Bijlage 1 t/m 3A van de Regeling zorgverzekering kunt u vinden op wetten.overheid.nl/BWBR0018715. Het Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

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

Informatie over de eigen bijdrage kunt u vinden in artikel 2.1 van het Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze en op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/eigen-risico.

De kosten van de meeste preferente geneesmiddelen worden gedeeltelijk (voor 35%) verrekend met het eigen risico. De kosten van een aantal preferente geneesmiddelen worden in het geheel niet verrekend met het eigen risico. Op de lijst Preferente geneesmiddelen (zie de lijst op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/medicijnen/voorkeursbeleid) kunt u nalezen welke geneesmiddelen preferent zijn en of de kosten daarvan niet, dan wel gedeeltelijk (voor 35%) met het eigen risico worden verrekend. De kosten van overige geneesmiddelen worden volledig verrekend met uw eigen risico.

Wij vergoeden ook advies en begeleiding zoals apotheekhoudenden die plegen te bieden. Onder dit advies en deze begeleiding vallen:
- terhandstelling van een UR (uitsluitend op recept) geneesmiddel;
- begeleidingsgesprek nieuw geneesmiddel.

De kosten van de zorg die de apotheek verleent (zoals kosten van de aflevering of een begeleidingsgesprek) vallen volledig onder het verplicht eigen risico, ook als de apotheek preferente geneesmiddelen levert.

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

Voorschrijver
Tenzij wij andere afspraken hebben gemaakt met uw zorgaanbieder, moeten de ter hand gestelde geneesmiddelen op voorschrift zijn van:
- huisarts;
- bedrijfsarts;
- jeugdarts;
- medisch specialist;
- tandarts;
- tandarts-specialist;
- verloskundige;
- specialistisch verpleegkundige;
- Physician Assistant;
- Specialist Ouderengeneeskunde
- Arts Verstandelijke Gehandicapten

Terhandstelling staat onder verantwoordelijkheid van een apotheekhoudende.

Wij vergoeden geen:
- farmaceutische zorg waarvan de minister heeft besloten dat het geen verzekerde zorg is of waaraan de minister bepaalde voorwaarden heeft gesteld waaraan niet is voldaan;
- geneesmiddelen voor ziekterisico bij reizen;
- geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- geneesmiddelen waarvoor een aanvraag om een handelsvergunning bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) is ingediend, of waarmee nog klinische proeven gaande zijn en dat bij ministeriële regeling te stellen voorwaarden beschikbaar is gesteld voor gebruik in schrijnende gevallen;
- eigen bijdrage(n) voor geneesmiddelen tot € 250,-;
- eigen bijdrage(n) voor geneesmiddelen die onder het eigen risico vallen;

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

Reglement farmaceutische zorg
In het Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze hebben wij nadere voorwaarden vermeld over de beoordeling van de aanspraak op vergoeding van farmaceutische zorg. Dit betreft onder andere:
- toestemmingsvereisten;
- afleverhoeveelheden;
- specifieke bepalingen voor geneesmiddelen;
- (vergoeding van) geneesmiddelen.

Het Reglement farmaceutische zorg Vrije Keuze kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

3.9 Fysiotherapie en oefentherapie

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

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

Fysiotherapie in het kader van gzsp
Indien u zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 3.11 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp).

Bij jonger dan 18 jaar
Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie:
- wanneer de aandoening waarvoor u wordt behandeld wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
  - U wordt behandeld door een (kinder)fysiotherapeut, (kinder)oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut, bekkenoefentherapeut, manueel therapeut of oedeemtherapeut. U heeft een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig waaruit blijkt voor welke indicatie u wordt behandeld. De in bijlage 1 genoemde behandelduur mag niet worden overschreden. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
- wanneer de aandoening waarvoor u wordt behandeld **niet** wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
  - vergoeding van maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. U wordt behandeld door een (kinder)fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkenfysiotherapeut, bekkenoefentherapeut, (kinder)oefentherapeut Mensendieck/Cesar of oedeemtherapeut. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
  - bij ontoereikend resultaat maximaal vergoeding van 9 **extra** behandelingen per indicatie per kalenderjaar. U heeft hiervoor een verklaring van een arts of medisch specialist nodig waaruit de medische noodzaak blijkt voor de 9 extra behandelingen. Dit geldt alleen wanneer u naar een niet-gecontracteerde fysio- of oefentherapeut gaat.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

Bij 18 jaar of ouder
Wij vergoeden fysiotherapie en oefentherapie:
- als uw aandoening wordt genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering:
  - de behandelingen vanaf de 21ste behandeling. U wordt behandeld door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkenfysiotherapeut, bekkenoefentherapeut, oedeemtherapeut, geriatrisch fysiotherapeut of geriatrisch oefentherapeut. U heeft een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig. De in bijlage 1 genoemde behandelduur mag niet worden overschreden. Oedeemtherapie en littekentherapie mogen ook worden gegeven door een huidtherapeut;
- maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie voor urine-incontinentie. U wordt behandeld door een bekkenfysiotherapeut of bekkenoefentherapeut;
- maximaal de eerste 37 behandelingen bij de indicatie etalagebenen (fase 2 claudicatio intermittens) gedurende een periode van maximaal 12 maanden. U heeft een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig;
- maximaal 12 behandelingen oefentherapie bij artrose van de heup of knie gedurende een periode van maximaal 12 maanden;
- gesuperviseerde oefentherapie bij COPD indien sprake is van stadium II of hoger van de GOLD Classificatie voor spirometrie. U heeft hiervoor een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig;
- langdurig gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie bij reumatoïde artritis of axiale spondyloartritis, indien u hierdoor ernstige functionele beperkingen heeft. U wordt hiervoor behandeld door een fysio- of oefentherapeut die een aanvullende scholingsmodule heeft gevolgd voor het verlenen van deze therapie en met de juiste kwalificatiecodes hiervoor staat geregistreerd in vektis. Voor Reuma is dit kwalificatiecode 0484 en voor axiale spondylartritis is dit 0485. U heeft hiervoor een verklaring van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig;
- valpreventieve beweeginterventie voor personen waarbij na een valrisicobeoordeling blijkt dat er sprake is van een hoog valrisico die als gevolg van onderliggende somatische en/of psychische problemen zijn aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut of oefentherapeut. Deze zorg omvat ten hoogste één valpreventieve beweeginterventie per 12 maanden. U heeft voor vergoeding van een valpreventieve beweeginterventie een verklaring nodig van uw huisarts of medisch specialist waaruit blijkt dat u een hoog valrisico heeft op basis van de valrisicobeoordeling en bent aangewezen op begeleiding van een oefen- of fysiotherapeut.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

3.10 Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)

Gecombineerde Leefstijl Interventie is advies en begeleiding bij voeding, beweging en gedrag voor patiënten vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico. Het doel is een gezondere leefstijl voor de patiënt en daarmee het verlagen van het risico op ziekten.

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

U komt in aanmerking voor een GLI als u:
- Een BMI hebt tussen 25 en 35, in combinatie met een grote buikomvang. Voor vrouwen is dat 88 cm of meer. Voor mannen is dat 102 cm of meer.
- Een BMI hebt tussen 25 en 35 én een of meer ziekten die met overgewicht samenhangen (comorbiditeit).
- Een BMI hebt vanaf 35.

Voor vergoeding van de GLI stellen we daarnaast de volgende voorwaarden:
- u bent doorverwezen door uw huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts;

- de zorgaanbieder van de GLI die het leefstijladvies biedt is kwaliteitsgeregistreerd als leefstijlcoach. Registratie vindt plaats in het register van de BLCN of in het register van de eigen paramedische beroepsgroep. In dit laatste geval betreft dit een specifieke registratie als leefstijlcoach;
- een zorgaanbieder van de GLI coördineert het zorgproces en fungeert als eerste aanspraakpunt voor de verzekerde;
- de zorgaanbieder werkt met een effectief GLI-programma dat als zodanig is geregistreerd bij het Loket Gezond Leven van het RIVM en dat door Zorgverzekeraars Nederland als verzekerde zorg is aangemerkt;
- de zorgaanbieder die het leefstijladvies biedt beschikt aantoonbaar over een geldige licentie van de licentiehouder van het GLI-programma dat wordt aangeboden of is zelf de licentiehouder;
- de periode waarin u de GLI (deels) ontvangen heeft maar u bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was, telt eveneens mee voor de maximale doorlooptijd van 24 maanden.

3.11 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp)

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

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

Verwijzing:
U heeft een verwijzing van:
- uw huisarts, medisch specialist of kinderarts. Voor de doelgroep mensen met ernstige gedragsproblemen en een lichte verstandelijke beperking geldt dat ook een Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG arts) u kan verwijzen.

Wij vergoeden geen gzsp als:
- de behandeldoelen zijn behaald of als er geen behandeldoelen meer zijn;
- een indicatie voor de Wet langdurige zorg is afgegeven;
- u niet meer thuis woont.

Vervoer in het kader van gzsp
Wij vergoeden vervoerskosten van en naar dagbehandeling in een groep volgens de voorwaarden zoals opgenomen in artikel 3.28 Ziekenvervoer.

3.12 Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

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

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

Verkennend gesprek
Is het onduidelijk welke hulp het beste is voor uw vraag of klacht? Dan kan de huisarts een verkennend gesprek aanvragen met professionals uit de GGZ en het sociaal domein. In het verkennend gesprek kijken deze professionals samen met u naar welke ondersteuning of zorg het best passend voor u is. Voor dit gesprek wordt geen eigen risico in rekening gebracht. Als uit het verkennend gesprek blijkt dat u GGZ nodig heeft, dan heeft u hiervoor een verwijsbrief van uw huisarts nodig om deze zorg vergoed te kunnen krijgen.

Kiest u voor een niet-gecontracteerde aanbieder
Gaat u voor GGZ naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij de kosten van uw behandeling tot ten hoogste 80% van het gemiddelde door ons gecontracteerde tarief. Dit kan betekenen dat u een gedeelte van de nota zelf betaalt.

Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 2.2 Vergoeding van zorg.

Onze maximale tarieven kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/maximale-vergoedingen. Gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op zorgzoeker.asr.nl.

Verwijzing
U heeft voor nagenoeg alle GGZ een verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist, bedrijfsarts, straatdokter (indien u geen huisarts heeft) of een doorverwijzing van uw regiebehandelaar, conform de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg'. Alleen bij crisiszorg is er geen verwijsbrief nodig.

Zorgaanbieder

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

Regiebehandelaar
- De regiebehandelaar zoals deze is aangeduid en aangewezen in het meest recentelijk geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS) GGZ, is eindverantwoordelijk voor de zorg en moet direct betrokken zijn bij de behandeling.
- Niet iedere beroepsgroep mag in alle gevallen optreden als regiebehandelaar. Daarnaast is de inzet van een regiebehandelaar afhankelijk van de setting. Het LKS geeft aan welke regiebehandelaar in welke setting ingezet mag/kan worden. Zie hiervoor: GGZ Landelijk Kwaliteitsstatuut | Zorginzicht.
- Als u tijdens de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereikt, kunt u zorg blijven ontvangen van de orthopedagoog generalist, postmaster orthopedagoog en kinder- en jeugdpsycholoog als onderdeel van de GGZ. Dit geldt alleen voor behandelingen die vóór de 18e verjaardag zijn gestart en pas na de 18e verjaardag afgerond worden. De prestatie GGZ dient aansluitend vanaf de 18e verjaardag te zijn geopend en geldt maximaal tot 1 jaar daarna.

GGZ met verblijf
Wij vergoeden opname in een GGZ-instelling, psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis voor een periode van maximaal 1.095 aaneengesloten dagen. Hieronder wordt verstaan: gespecialiseerde psychiatrische behandeling waarvoor verblijf noodzakelijk is.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:
Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Na 1.095 dagen kan nog recht bestaan op deze zorg op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz).

Machtigingsvereisten

Voor niet gecontracteerde GGZ-instellingen:
Als u naar een niet-gecontracteerde GGZ-instelling wilt gaan, dan moet u, of uw behandelaar namens u, voor de start van de behandeling een machtiging bij ons aanvragen zodat wij kunnen beoordelen of de aangevraagde zorg rechtmatig en doelmatig is. Zonder voorafgaande toestemming vergoeden wij de zorg die wordt verleend door een niet-gecontracteerde GGZ-instelling niet. Alleen diagnostiek van ten hoogste 300 minuten wordt zonder voorafgaande toestemming vergoed. Een machtiging voor een GGZ-behandeling bij een niet-gecontracteerde instelling is maximaal 12 maanden geldig.

Voor langdurige opname:
Indien u langer dan 365 aaneengesloten dagen opgenomen bent in een GGZ-instelling, psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, dan moet u, of uw behandelaar namens u, een machtiging bij ons aanvragen. Deze moet vooraf en minimaal 3 maanden voor afloop van het jaar aangevraagd worden. We hanteren hiervoor de landelijk afgesproken "Checklist LGGZ". Deze wordt gebruikt om in te kunnen schatten of er na 365 dagen nog steeds sprake is van medisch noodzakelijk verblijf of dat voortzetting binnen de langdurige zorg of het sociaal domein passender is.

Om een machtiging af te kunnen geven kunt u, of uw behandelaar, het 'Aanvraagformulier machtiging GGZ voor niet-gecontracteerde zorginstellingen' uploaden. Uw aanvraag behandelen wij vertrouwelijk. Zie hiervoor onze website: asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/toestemming-vragen.

Uw aanvraag behandelen wij vertrouwelijk. U kunt deze sturen aan onze medisch adviseur: asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/toestemming-vragen.

Privacyverklaring
Als u niet wil dat er gegevens met ons worden gedeeld die tot de diagnose herleidbaar zijn, dan kunt u samen met uw behandelaar een privacyverklaring GGZ invullen. Deze dient uiterlijk bij het eerste consult aanwezig te zijn en is geldig voor het gehele zorgtraject. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de privacyverklaring in zijn administratie wordt opgenomen.

Niet vergoede GGZ-kosten

Wij vergoeden onder andere geen:
- hulp bij klachten (zoals somberheid) die (nog) niet kunnen worden beschouwd als een psychische stoornis volgens de DSM-5 (bijvoorbeeld een depressie);
- hulp bij werk- (zoals overspanning en burn-out) en relatieproblemen;
- psychosociale hulp en coaching;
- begeleiding bij leer- en ontwikkelingsstoornissen;
- hulp bij aanpassingsstoornissen;
- rijbewijskeuring;
- intelligentieonderzoek en begeleiding bij hoogbegaafdheid;
- diagnostiek zonder de wens tot behandeling of begeleiding;
- therapieën die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals vermeld in de ZN-circulaire "Therapieën GGZ";
- detoxificatie voor verslaving zonder vervolgbehandeling;
- klinische verslavingsbehandeling zonder ambulante vervolgbehandeling;
- klinische verslavingsbehandeling in het buitenland wordt alleen in uitzonderlijke gevallen vergoed.

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

3.13 Huisarts

Bij vragen over uw gezondheid of ziekte is de huisarts het eerste aanspreekpunt.

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

Deze zorg omvat onder andere:
- gezondheidsadvisering en preventieve zorg bij bijvoorbeeld stoppen met roken (zie artikel 3.24 Stoppen met roken), problematisch alcoholgebruik, depressieve klachten of overgewicht;
- behandeling;
- diagnostiek uitgevoerd door en in de huisartsenpraktijk (eerstelijnsdiagnostiek, zie uitleg hieronder);
- preconceptiezorg om zo gezond mogelijk te beginnen aan een zwangerschap;
- ketenzorg als het gaat om:
- Diabetes Mellitus Type II (DM Type II) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
- (Cardio)Vasculair Risico Management (C)VRM) bij hart- en vaatziekten (HVZ) bij verzekerden vanaf 18 jaar;
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD);
- Astma bij verzekerden vanaf 16 jaar.

Eerstelijnsdiagnostiek
Wij vergoeden MRI scans die door de huisarts zijn aangevraagd wanneer dit is opgenomen in de behandelrichtlijnen voor huisartsen (de NHG-standaarden). Een huisarts mag afwijken van deze NHG-standaarden als wordt gemotiveerd waarom de MRI-uitkomsten van belang zijn voor de verdere diagnostiek en behandeling. De MRI moet bijdragen aan het stellen van een diagnose of het uitsluiten van een aandoening.

3.14 Hulpmiddelenzorg

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

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

Het Reglement Hulpmiddelen Vrije Keuze kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

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

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

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

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

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

Wij vergoeden geen:
- hulp- en verbandmiddelen die u via de Wlz of Wmo vergoed kunt krijgen.

3.15 Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht of obesitas

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

Wij vergoeden:
- een uitgebreide intake en analyse van het probleem uitgevoerd door de CZV die daarna een plan van aanpak opstelt. Indien een GLI in het plan van aanpak wordt opgenomen zal de CZV zorgdragen voor de verdere begeleiding en coördinatie gedurende maximaal 3,5 jaar. U heeft alleen recht op vergoeding van deze zorg wanneer er sprake is van een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR). De CZV is te allen tijde verantwoordelijk voor de coördinatie van het zorgtraject. Kosten voor deze werkzaamheden komen uitsluitend ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) als sprake is van een matig verhoogd GGR én de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) is opgenomen in het Persoonlijk Zorgplan (PVA).
- een gecombineerde leefstijlinterventie voor kinderen, gegeven door een kinderleefstijlcoach wanneer u hiervoor wordt doorverwezen door de CZV.

Voorwaarden:
- Kinderen tot 18 jaar hebben recht op een GLI op basis van dit artikel. Bent u 16 of 17 jaar? Dan hebt u ook recht op de GLI voor volwassenen uit artikel 3.10 Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) wanneer de huisarts deze zorg voor u als passend acht. Zorg op grond van dit artikel en 3.10 Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) kan niet tegelijkertijd plaatsvinden.
- U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, medisch specialist, jeugdarts of jeugdverpleegkundige naar een centrale zorgverlener (CZV) waaruit blijkt dat er sprake is van een matig verhoogd (of hoger) GGR.
- De centrale zorgverlener moet voldoen aan het landelijk geldende deskundigheids- (hbo+ opleiding vanuit een sociaal-maatschappelijke of (para)medische opleiding) en competentieprofiel (en bijbehorende registratie- en herregistratieeisen) zoals landelijk opgesteld en gedeeld op de website van Kind naar gezond gewicht op 2 juli 2025. De CZV kan aantonen dat hij/zij de aanvullende geaccrediteerde opleiding tot CZV succesvol heeft afgerond.
- De GLI moet worden uitgevoerd door een hbo-geschoolde kinderleefstijlcoach. De zorgaanbieder voldoet minimaal aan de vereiste deskundigheid van een hbo-geschoolde kinderleefstijlcoach en voldoet aan het (nog op te stellen) landelijk geldende competentieprofiel (en bijbehorende registratie- en herregistratieeisen) zoals landelijk opgesteld en gedeeld op de website van Kind naar gezond gewicht op 2 juli 2025.
- De GLI voor kinderen wordt vergoed wanneer de effectiviteit van het GLI programma op voldoende niveau is vastgesteld door het RIVM (eerste aanwijzing van effectiviteit) of goedgekeurd zijn als verzekerde zorg door Zorgverzekeraars Nederland.

De website van Kind naar gezond gewicht kunt u vinden op kindnaargezondergewicht.nl/nieuws/informatie-overzicht-kwaliteitsregisters-centrale-zorgverlener-en-kinderleefstijlcoach.

De door het RIVM beoordeelde en door ZN als verzekerde zorg goedgekeurde GLI programma's kunt u vinden op loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/overgewicht/gecombineerde-leefstijlinterventie.

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

3.16 Logopedie

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

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

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde logopedist gaat, kunnen wij u om een verklaring vragen waaruit blijkt voor welke indicatie u bij de logopedist onder behandeling bent. Deze verklaring moet afkomstig zijn van een (tand-)arts, orthopedagoog of van de behandelend logopedist zelf wanneer sprake is van Directe Toegang Logopedie (DTL). Uit de verklaring moet blijken welke indicatie ten grondslag ligt aan de behandeling en dat sprake is van verzekerde logopedische zorg.

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

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

Logopedie in het kader van gzsp
Indien u zorg ontvangt in het kader van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (gzsp), dan dient de zorg geleverd te worden volgens de voorwaarden zoals omschreven in artikel 3.11 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp).

3.17 Mechanische beademing

Wij vergoeden beademing thuis en medisch specialistische zorg die hiervoor nodig is indien dit gebeurt in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Als u beademing thuis krijgt onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum:
- stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar;
- levert het beademingscentrum de medisch specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met de mechanische beademing.

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

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

3.18 Medisch specialistische zorg

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

Verwijzers naar medisch specialistische zorg
U heeft voor vergoeding van de kosten voor deze vormen van zorg een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, bedrijfsarts, SEH-arts, forensisch arts, verslavingsarts, physician assistant of verpleegkundig specialist. Dit geldt niet voor spoedeisende zorg. Voor medisch specialistische zorg bij een zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De verloskundige mag de pasgeborene ook verwijzen naar een kinderarts (de eerste tien dagen na een bevalling) of KNO-arts.

Mondzorg die door de kaakchirurg wordt verleend vergoeden wij volgens artikel 3.19 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar en 3.20 Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Hierbij is een verwijzing van de tandarts, orthodontist of tandprotheticus voldoende. Tandartsen van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde mogen ook verwijzen naar de neuroloog, anesthesioloog (pijnpoli) of KNO-arts. Een verwijzing naar de oogarts mag ook gedaan worden door een optometrist en orthoptist. Een triage-audicien mag verwijzen naar een klinisch fysicus audioloog en KNO-arts, de klinisch fysicus audioloog mag eveneens verwijzen naar de KNO-arts alsook naar andere specialisten. In het geval van infectieziekten mag een GGD-arts ook verwijzen. De verwijzer dient ingeschreven te staan in het BIG register, dit geldt niet voor tandprothetici, triage-audiciens, klinisch fysici audiologen en optometristen.

Ziekenhuisopname
Wij vergoeden verblijf in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) voor een onafgebroken periode van maximaal 1.095 dagen. Het moet gaan om medisch noodzakelijk verblijf voor zorg als bedoeld in dit artikel of in artikel 3.19 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar en 3.20 Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (Mondzorg).

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:
Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking. Die tellen we niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Bij een onderbreking van langer dan 30 dagen begint de telling van de 1.095 dagen opnieuw. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening van maximaal 1.095 dagen.

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

Logeerkosten bij CAR-T
U heeft recht op een tegemoetkoming in logeerkosten na CAR-T-celtherapie in de 3e en 4e week na de behandeling, indien de reistijd naar het ziekenhuis langer dan 60 minuten bedraagt. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 97,- per nacht. In de 1e en 2e week van de behandeling verblijft u in het expertziekenhuis.

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

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

Als vrouw heeft u recht op vergoeding van deze zorg tot uw 43e jaar, indien daarvoor een indicatie bestaat. U heeft dan maximaal recht op 3 IVF- of ICSI-pogingen per te realiseren doorgaande zwangerschap. De behandeling moet plaatsvinden in een ziekenhuis dat hiervoor een vergunning heeft. Wij vergoeden ook de benodigde geneesmiddelen. Wij maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:
- fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;

- zwangerschap na een IVF- of ICSI-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat het niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat het ingevroren embryo is teruggeplaatst.

Een poging telt pas, als er een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van eicellen) heeft plaatsgevonden.
De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds ingevroren) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn, zolang er geen sprake is van een doorgaande zwangerschap.
Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap, spontaan of na IVF, geldt als nieuwe eerste poging.
Terugplaatsing van ingevroren embryo's wordt nooit aangemerkt als een nieuwe IVF poging. Dat betekent dat ook na een doorgaande zwangerschap de terugplaatsing van ingevroren embryo's niet als een nieuwe IVF poging wordt aangemerkt. Een IVF-poging die is gestart voor uw 43ste verjaardag mag worden afgemaakt.

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

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

Behandeling van plastisch chirurgische aard
Wij vergoeden behandelingen van plastisch chirurgische aard bij correctie van:
- afwijkingen in het uiterlijk die samengaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

In de VAV werkwijzer Plastische Chirurgie staat voor de meest voorkomende aandoeningen beschreven wanneer dit als een verminking of een lichamelijke functiestoornis wordt beschouwd. U dient vooraf een machtiging bij ons aan te vragen. Alle aanvragen worden beoordeeld aan de hand van de VAV werkwijzer.

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

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

De VAV werkwijzer kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

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

Second Opinion
Wij vergoeden een second opinion wanneer er sprake is van het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is binnen hetzelfde vakgebied als de eerste geconsulteerde arts. Deze arts zal, op basis van de medische informatie die reeds over u bekend is, aangeven wat haar of zijn behandel- en/of diagnostisch advies zou zijn. U moet met deze second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

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

Een actuele versie van de Regeling zorgverzekering kunt u vinden op wetten.overheid.nl/zoeken.

3.19 Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Voor ieder kind dat tanden in zijn mond heeft is het voor een optimale mondgezondheid belangrijk om regelmatig naar de tandarts te gaan (doorgaans vanaf de leeftijd van 1 ½ tot 2 jaar). Uw kind heeft recht op vergoeding van bijna alle zorg voor kinderen door de tandarts. De kosten van deze zorg zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar
U heeft recht op vergoeding van de hieronder genoemde zorg:
- Op controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek) eenmaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- Op incidenteel consult;
- Op het verwijderen van tandsteen. Boven een bepaald aantal minuten/elementen is vooraf toestemming vereist;
- Op fluorideapplicatie, vanaf het doorbreken van het eerste element van het blijvend gebit, maximaal tweemaal per jaar. Als het tandheelkundig nodig is meerdere keren per jaar;
- Op het verzegelen of afdichten van groeven en putjes in tanden en kiezen (sealing). Boven een bepaald aantal minuten/elementen is vooraf toestemming vereist;
- Op tandvleesbehandeling (parodontale hulp);
- Op verdoving (anesthesie);
- Op wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
- Op vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen). Boven een bepaald aantal minuten/elementen is vooraf toestemming vereist;
- Op behandeling bij klachten aan het kaakgewricht (gnathologische hulp);
- Op uitneembare prothetische voorzieningen (bijvoorbeeld kunstgebit of plaatje);
- Op kronen, bruggen en implantaten als vervanging van één of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken. Deze aanspraak loopt door tot en met uw 22ste jaar als een snij- of hoektand in het geheel niet is aangelegd of voor uw 18e jaar geheel verloren is gegaan als direct gevolg van een ongeval. De noodzaak hiervoor dient te zijn vastgesteld voor uw 18e jaar;
- Chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- Op röntgenonderzoek, behalve voor röntgenonderzoek bij orthodontische hulp.

- Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, incidenteel tandheelkundig consult of het verwijderen van tandsteen, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Waarvoor is toestemming vereist voor verzekerden jonger dan 18 jaar?
- Voor het aanbrengen van een implantaat heeft u vooraf onze toestemming nodig. Bij uw aanvraag is een motivering en behandelplan van de tandarts nodig.
- Voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (prestatiecode X21) bij de tandarts moet de tandarts een machtiging bij ons aanvragen.
- Indien u bent aangewezen op mondzorg door de kaakchirurg, dan heeft u een verwijsbrief nodig van de huisarts, medisch specialist, tandarts, tandprotheticus of orthodontist. Bij sommige behandelingen moet de kaakchirurg vooraf een machtiging aanvragen. De kaakchirurg is op de hoogte bij welke behandelingen dit het geval is.
- Voor een autotransplantaat (code H38/H39) is vooraf toestemming vereist.
- Narcose.
- Preventieve voorlichting (code M01 en/of M02) als u meer dan 1 uur per jaar preventieve voorlichting nodig heeft.
- Gebitsreiniging (M03) als u meer dan 30 minuten gebitsreiniging per dag nodig heeft en/of als u meer dan 1,5 uur gebitsreiniging per jaar nodig heeft
- Sealen (V30/V35) voor het sealen van melkelementen en/of voor het sealen van meer dan 8 blijvende elementen per jaar.
- Vullingen (code V71 t/m 74, code V81 t/m 84, code V91 t/m 95) voor het plaatsen van meer dan 6 vullingen per dag en/of voor het plaatsen van meer dan 10 vullingen per jaar.

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

Wij vergoeden geen:
- Gemiste afspraken
- Bijslijpen van melktanden/ niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05)
- Behandeling van witte vlekken (M80 + M81)
- Mondbeschermer bijvoorbeeld (individueel) aangemeten mondbeschermers ten behoeve van sportactiviteiten. (M61)
- Zachte knarsplaat (M61, tevens niet te declareren als G69)
- Uitwendig bleken van tanden en /of kiezen (E97 + E98)
- Myofunctionele apparatuur en consulten die daarbij horen (G74 en G76)
- Uitgebreid onderzoek t.b.v. opstellen, vastleggen en verstrekken van behandelplan aan de patiënt (C012)
- Orthodontie, inclusief de bijbehorende röntgenfoto's
- Kronen, bruggen, inlays en implantaten
- Keuringsrapporten
- Cosmetische mondzorg (K001, K002, K003, K004)
- Tandartsverklaring
- (R90) gedeeltelijk voltooid werk
- Hulp bij snurken
- Hulp bij slaapproblemen
- Therapeutische injectie met botox

Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven kunt u vinden op allesoverhetgebit.nl.

Bijzondere tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar
Dit betreft mondzorg voor mensen bij wie gebruikelijke tandheelkunde niet toereikend is. Het moet hierbij gaan om tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

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

Orthodontie
Op orthodontische hulp is mogelijk aanspraak in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard. Hierbij vindt een individuele beoordeling plaats.

Waarvoor is toestemming vereist voor verzekerden jonger dan 18 jaar?
- Voor alle bijzondere tandheelkundige zorg heeft u vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag van uw zorgaanbieder is een motivering van de huisarts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of orthodontist nodig.
- Als u voor mondzorg naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT) gaat heeft u vooraf onze toestemming nodig.

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

Toerekenbare schade kunstgebit of prothetische voorziening.
De verzekerde is gehouden het hem in eigendom verstrekte/aangeschafte kunstgebit of prothetische voorziening goed te verzorgen. Indien door toerekenbare onachtzaamheid beschadiging ontstaat door onoordeelkundig gebruik of verwaarlozing of sprake is van verlies van het kunstgebit of de prothetische voorziening, bestaat er geen recht op verstrekking/vergoeding van vervanging, wijziging of herstel van de voorziening. Een aanvraag tot vervanging van het kunstgebit of de prothetische voorziening dient door de verzekerde of de aanvragende zorgverlener te worden gemotiveerd.

3.20 Mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Onder mondzorg verstaan we behandeling door een tandarts, tandprotheticus, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist ook als die werkzaam zijn in een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

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

Tandheelkunde voor verzekerden van 18 jaar en ouder
U heeft recht op de hieronder genoemde zorg:
- Op chirurgisch tandheelkundige hulp door de kaakchirurg en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie;
- Op een uitneembaar volledig (nood) kunstgebit of een uitneembaar volledig vervangend kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak. Hiervoor geldt een wettelijk verplichte eigen bijdrage van 25%.
- Op een klikgebit in de onderkaak (de mesostructuur (steg, drukknoppen of magneten) en het klikgebit). Hiervoor geldt een wettelijk verplichte eigen bijdrage van 10%.
- Op een klikgebit in de bovenkaak (de mesostructuur (steg, drukknoppen of magneten) en het klikgebit). Hiervoor geldt een wettelijk verplichte eigen bijdrage van 8%.

- Op een tegelijkertijd vervaardigd klikgebit in de ene kaak en kunstgebit in de andere kaak (code J80). Hiervoor geldt een verplichte eigen bijdrage van 17%;
- Op reparaties en het opvullen van een volledig kunstgebit of klikgebit. Hiervoor geldt een wettelijk verplichte eigen bijdrage van 10%.

Waarvoor is toestemming vereist voor verzekerden vanaf 18 jaar?
- Indien u bent aangewezen op mondzorg door de kaakchirurg, dan heeft u een verwijsbrief nodig van de huisarts, medisch specialist, tandarts, tandprotheticus of orthodontist. Voor sommige behandelingen moet de kaakchirurg vooraf een machtiging aanvragen. De kaakchirurg is op de hoogte bij welke behandelingen dit het geval is.

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

Een lijst met verrichtingen(codes) en tarieven kunt u vinden op allesoverhetgebit.nl.
Meer informatie omtrent een volledig uitneembaar kunstgebit en/of klikgebit kunt u vinden op kunstgebit.nl

Wij vergoeden geen:
- Gemiste afspraken
- (R90) gedeeltelijk voltooid werk

Bijzondere tandheelkunde voor verzekerden van 18 jaar en ouder
Dit betreft mondzorg voor mensen bij wie gebruikelijke tandheelkunde niet toereikend is. Het moet hierbij gaan om tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
- omdat u een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel heeft dat u zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening; of
- omdat u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en u zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening; of
- als een medische behandeling zonder deze zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder deze aandoening.

Wij vergoeden geen:
- Gemiste afspraken
- (R90) gedeeltelijk voltooid werk

Implantaat ter bevestiging van een klikgebit
U heeft recht op vergoeding van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat moet dienen om een klikgebit aan te bevestigen. Ook moet sprake zijn van ernstige functiestoornis.

Orthodontie
Op orthodontische hulp is mogelijk aanspraak in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard. Hierbij vindt een individuele beoordeling plaats.

Waarvoor is toestemming vereist voor verzekerden ouder dan 18 jaar?
- Voor alle bijzondere tandheelkundige zorg heeft u vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag van uw zorgaanbieder is een motivering van de huisarts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of orthodontist nodig.
- Bij vervanging van het volledige kunst- of klikgebit binnen vijf jaar heeft u vooraf onze toestemming nodig. Uw zorgaanbieder kan hiervoor een aanvraag indienen.
- Voor een ‘toeslag zeer ernstig geslonken kaak’ (code P044) is vooraf toestemming vereist.

- Als u voor mondzorg naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde (CBT) gaat heeft u vooraf onze toestemming nodig.

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

Toerekenbare schade kunstgebit of prothetische voorziening.
De verzekerde is gehouden het hem in eigendom verstrekte/aangeschafte kunstgebit of prothetische voorziening goed te verzorgen. Indien door toerekenbare onachtzaamheid beschadiging ontstaat door onoordeelkundig gebruik of verwaarlozing of sprake is van verlies van het kunstgebit of de prothetische voorziening, bestaat er geen recht op verstrekking/vergoeding van vervanging, wijziging of herstel van de voorziening. Een aanvraag tot vervanging van het kunstgebit of de prothetische voorziening dient door de verzekerde of de aanvragende zorgverlener te worden gemotiveerd.

3.21 Orgaantransplantaties

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

Wij vergoeden voor u als ontvanger van het orgaan:
- de transplantatie van weefsels en organen;
- de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor (degene die een orgaan/weefsel aan u afstaat) en het operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de donor;
- het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de transplantatie.

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

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

Ook vergoeden wij de kosten van de donor die te maken hebben met de transplantatie, als deze kosten verband houden met het wonen van de donor in het buitenland.

Als de donor een basisverzekering in Nederland heeft, komen de kosten van dit vervoer ten laste van de basisverzekering van de donor. Als u als donor tevens verzekerde bent op deze basisverzekering kunnen de kosten gedeclareerd worden op deze basisverzekering.
De transplantatie moet worden verricht:
- in een lidstaat van de Europese Unie;
- in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
- in een andere staat, als de donor in die staat woont en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

Wij vergoeden geen:
- verblijfskosten van de donor in Nederland;
- eventuele gederfde inkomsten van de donor.

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

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

3.22 Preventieve voetzorg

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

U heeft recht op vergoeding van voetzorg als u een verhoogd risico op voetulcera hebt, vanwege verlies van protectieve sensibiliteit van de voeten, verminderde doorbloeding van de voeten, een kwetsbare huid, of verhoogde druk op de huid door diabetes mellitus dan wel een andere aandoening of door een medische behandeling.

De zorg moet een preventief karakter hebben. U heeft een verwijzing naar de podotherapeut nodig van een huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). Zij bepalen uw classificatie en de eventuele overige medische risico's. De podotherapeut stelt vervolgens samen met u een individueel behandelplan op.
Op welke zorgonderdelen u recht heft, is geregeld in de zorgmodule Preventie Voetulcera. De inhoud van de voetzorg die u ontvangt, is afhankelijk van uw zorgprofiel. We onderscheiden de volgende classificaties:
- Jaarlijkse voetcontrole, die bestaat uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie. Dit onderzoek mag worden uitgevoerd door een medisch pedicure, een pedicure met certificaat "voetverzorging bij diabetes", podotherapeut of diabetespodotherapeut.
- Preventieve voetzorg voor het beschermen tegen het krijgen van wonden bij; hoog risico voeten zonder lokaal verhoogde druk, hoog risico voeten met lokaal verhoogde druk of zeer hoog risico voeten, bestaande uit:
  - Meer veelvuldig gericht voetonderzoek en de daaruit voortkomende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standafwijkingen;
  - Behandeling van risicofactoren bij een hoog risico of zeer hoog risico op ulcera;
  - Onderwijs en het in gang zetten van aanpassingen in uw manier van leven die uw behandeling ten goede komen;
  - Advisering over adequaat schoeisel.

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

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

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

Meer informatie over preventieve voetzorg kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten onder overige documenten.

3.23 Revalidatie

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

Geriatrische revalidatie is bedoeld voor (meestal) ouderen die in het ziekenhuis een behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld voor een beroerte of een botbreuk. Deze vorm van revalidatie is aangepast aan de individuele herstelmogelijkheden en het trainingstempo van deze ouderen. Het doel van deze vorm van revalidatie is terugkeer naar huis.

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

Er is een indicatie voor medisch specialistische revalidatie als de revalidatiearts heeft vastgesteld dat:
- het om een aandoening gaat van het bewegingsapparaat, neurologische aandoening of andere ziekte, die samenhangt met problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen; of om niet-aangeboren hersenletsel (NAH), dat gepaard gaat met problemen van het bewegingsvermogen, cognitieve problemen, spraak- of slikproblemen of een combinatie daarvan;
- er op basis van wetenschappelijke evidentie en professionele kennis en ervaring, aangenomen kan worden dat interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie de meest doelmatige behandeling is om deze belemmeringen of beperkingen te voorkomen, verminderen of overwinnen en de patiënt geheel of gedeeltelijk invulling kan geven aan zijn rol in het gezin, op school of werk, in vrijetijdsbesteding, etc.;
- de patiënt in staat is (of op afzienbare termijn zal zijn) om te leren, te trainen en actief deel te nemen aan een revalidatiebehandeling waarmee vooraf overeengekomen resultaten bereikt kunnen worden;

De medisch specialistische revalidatie kan plaatsvinden:
- door middel van een deeltijd- of dagbehandeling (niet-klinische situatie);
- door middel van een opname van meerdere dagen (klinische situatie), waarbij aanzienlijk betere resultaten verwacht kunnen worden dan bij een deeltijd- of dagbehandeling.

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Geriatrische revalidatiezorg
Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit met als doel herstel of verbetering van het functioneren en de participatie in de maatschappij van de verzekerde.

Wij vergoeden geriatrische revalidatiezorg als:
- de beoordeling (geriatrisch assessment) of de geriatrische revalidatiezorg die u nodig hebt wordt uitgevoerd door een klinisch geriater, internist ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde én
- u, voordat u een medisch specialistische behandeling ontving, niet verbleef (met behandeling) in een Wlz-instelling. In deze situatie wordt de behandeling namelijk vergoed uit de Wlz,
- of

- als u vanuit de thuissituatie wordt verwezen naar geriatrische revalidatiezorg zonder dat er voorafgaand medisch specialistische zorg heeft plaatsgevonden, dan kan in bepaalde gevallen de specialist ouderengeneeskunde een geriatrisch assessment afnemen. Een voorwaarde voor een indicatie voor toegang tot geriatrische revalidatie is dan het vaststellen van de medische stabiliteit. Bij acute aandoeningen zal de specialist ouderengeneeskunde altijd contact opnemen met de behandelend medisch specialist of wordt er bij twijfel een medisch specialist geconsulteerd om de medische stabiliteit vast te stellen.

Indicatiestelling specialist ouderengeneeskunde
- Een specialist ouderengeneeskunde kan een indicatie stellen voor geriatrische revalidatiezorg vanuit het ziekenhuis, eerstelijnsverblijf of de thuissituatie.
- Als een specialist ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar is vanuit het eerstelijnsverblijf dan brengt de specialist ouderengeneeskunde uw zorgvraag al tijdens het verblijf in kaart. Het uitvoeren van een onderzoek voor toegang tot geriatrische revalidatiezorg wordt om die reden niet apart vergoed als er ook een declaratie voor elv hoog-complex wordt ingediend. Tevens wordt een onderzoek voor toegang tot geriatrische revalidatiezorg niet apart vergoed als bij aanvang van de elv-opname al duidelijk is dat er aansluitend een revalidatietraject gestart wordt. Dit is bijvoorbeeld het geval als u na een operatie aan een gewricht of na een botbreuk niet direct actief belast mag worden en in afwachting bent van uw revalidatietraject. De beoordeling heeft dan al plaatsgevonden in het ziekenhuis.

Machtigingsvereiste voor medisch specialistische revalidatiezorg bij een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum (ZBC)
Wij hebben met veel instellingen overeenkomsten afgesloten. Als u toch naar een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum wil gaan, dan moet u of uw zorgaanbieder namens u, voor de start van de behandeling een machtiging bij ons aanvragen. Om deze machtiging af te kunnen geven ontvangen wij:
- een verwijsbrief van de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist;
- bij een opname: de klinische opname indicatie, volgens de door de Nederlandse Vereniging van Revalidatie-artsen (VRA) vastgestelde richtlijnen;
- het voorgestelde behandelplan. Hierin moet worden vermeld:
  - de indicatiestelling, inclusief onderbouwing hiervan
  - de behandeldoelen van de voorgestelde behandelingen
  - de interventies die aangeboden gaan worden binnen de voorgestelde behandeling
  - welke eerdere behandelingen hebben plaatsgevonden
  - diagnosecode
- de DBC-declaratiecode en de prestatiecode.

Uw aanvraag behandelen wij vertrouwelijk. U kunt deze sturen aan onze medisch adviseur: Door middel van het uploaden van het document via: asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/toestemming-vragen.

Of per post naar:

a.s.r. Verzekeringen
t.a.v. medisch adviseur MSZ
Postbus 2072
3500 HB Utrecht

Vermeld op de envelop: 'Vertrouwelijk'

3.24 Stoppen met roken

Wij vergoeden maximaal 3x per kalenderjaar de kosten van een stoppen-met-rokenprogramma. Elk programma moet bestaan uit geneeskundige zorg, met als doel te stoppen met roken. Zo nodig kan de stoppen-met-rokenbegeleiding in combinatie met een behandeling bestaande uit nicotine vervangende middelen of andere geneesmiddelen plaatsvinden.

Voorwaarden per traject:
- Elk traject moet aantoonbaar voortkomen uit een nieuwe motivatie of terugval.
- Een traject wordt alleen vergoed indien het voorgaande traject is afgerond en er sprake is van een nieuwe stoppoging.
- Een traject omvat de intake, begeleiding en nazorg tot maximaal één jaar na de afgesproken stopdatum. Declaratie van een traject impliceert dat deze onderdelen zijn uitgevoerd.
- Bij een derde traject in hetzelfde kalenderjaar is een aanvullende motivatie van de behandelaar vereist, waarin wordt onderbouwd dat een nieuwe poging medisch en gedragsmatig zinvol is.

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

Stoppen-met-rokenbegeleiding en bijbehorende medicatie zijn uitgezonderd van het eigen risico.

De zorgaanbieders werken conform de:
- de geldende Zorgmodule Stoppen met Roken, of
- de geldende Zorgstandaard Tabaksverslaving en addendum, of
- de geldende CBO-richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning.

Het stoppen-met-rokenprogramma kunt u volgen bij:
- huisarts;
- medisch specialist;
- verslavingsarts;
- verloskundige;
- klinisch psycholoog;
- alle overige zorgaanbieders die staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken.

U kunt zelf een (gecontracteerde) zorgaanbieder voor stoppen met roken kiezen via de zorgzoeker op zorgzoeker.asr.nl.

Het Kwaliteitsregister Stoppen met Roken kunt u vinden op kabiz.nl/raadplegenregister/.

3.25 Trombosedienst

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

U heeft een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

3.26 Verloskundige zorg en kraamzorg

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

U en uw kind hebben recht op vergoeding van de kosten voor verloskundige zorg en recht op vergoeding van de kosten voor kraamzorg. De verloskundige zorg mag worden verleend door een verloskundige, een huisarts of een

medisch specialist. Onder kraamzorg verstaan we hier: zorg verleend door een kraamverzorgende. De kraamverzorgende is ofwel:
- verbonden aan een ziekenhuis;
- verbonden aan een kraambureau;
- verbonden aan een geboortecentrum;
- verbonden aan een kraamhotel;
- zelfstandig werkend.

De kraamverzorgende verzorgt u en uw pasgeboren kind en de eventuele andere kinderen die tot het gezin behoren en thuis zijn. Huishoudelijke taken vallen ook onder de aanspraak. We kunnen hierbij de volgende situaties onderscheiden:

Bevalling en kraambed in een ziekenhuis met medische indicatie
Wij vergoeden medisch specialistische zorg en opname in een ziekenhuis, voor u en uw kind, als een bevalling in een ziekenhuis medisch geïndiceerd is. De zorg gaat in op de dag van de bevalling. Hier betaalt u geen eigen bijdrage over.

Bevalling en kraambed in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie
Wij vergoeden verloskundige zorg en kraamzorg zonder medische indicatie, voor u en uw kind. De zorg gaat in op de dag van de bevalling.

Voor een opname in een ziekenhuis of geboortecentrum betaalt u een eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage is € 23,50 per dag voor u en € 23,50 per dag voor uw kind. Samen is dat € 47,- per opnamedag.

Wij vergoeden maximaal € 169,- per dag voor u en € 169,- per dag voor uw kind. Dat is samen maximaal € 338,- per opnamedag. Hierop brengen wij de eigen bijdrage van € 47,- in mindering. De maximale vergoeding is daardoor € 291,- per opnamedag.

Brengt het ziekenhuis of geboortecentrum meer in rekening? Dan betaalt u het verschil zelf.

Het aantal opnamedagen bepalen wij op basis van de gegevens van het ziekenhuis, geboortecentrum of kraambureau.

Toelichting:
Een poliklinische bevalling tellen wij als één opnamedag.

Kraamzorg in een kraamhotel
Wij vergoeden kraamzorg in een kraamhotel voor u en uw kind, na de bevalling in een ziekenhuis of kraamhotel. Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 6,- per uur. Dit vervalt als de kraamzorg op het verzoek van a.s.r. in het kraamhotel plaats vindt. De hotelkosten blijven voor eigen rekening.

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

Bevalling en kraambed thuis
Wij vergoeden verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) thuis. Wij vergoeden ook:
- de inschrijving, intake (eenmalig, tenzij er zwaarwegende argumenten zijn) en de partusassistentie zoals vastgesteld aan de hand van het Landelijke Indicatie Protocol;

- 24 uur tot maximaal 80 uur kraamzorg. Het werkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van u (de moeder) en uw kind en wordt vastgesteld op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Dit protocol gaat uit van maximaal 10 dagen kraamzorg. Dit betekent dat vrijwel iedereen tot maximaal 10 dagen na de bevalling kraamzorg krijgt. Het is volgens de wet mogelijk om tot maximaal 6 weken na de bevalling kraamzorg te krijgen. Alleen indien een kwetsbare situatie ontstaat doordat moeder en/of kind binnen 10 dagen na de bevalling niet voldoende kraamzorg heeft kunnen krijgen, is dat aanleiding om ook na de 10e dag nog kraamzorg in te zetten. Dit betreft slechts uitzonderingen op basis van gemotiveerde afwijking van het Landelijk Indicatie Protocol. In alle gevallen moet de zorg aaneengesloten worden geleverd. Voor kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 6,- per uur.

U kunt zelf een (gecontracteerd) kraamzorgbureau kiezen en kraamzorg aanvragen via de zorgzoeker op zorgzoeker.asr.nl.

Verloskundige zorg tijdens de zwangerschap
U heeft recht op verloskundige zorg tijdens de zwangerschap ter bevordering van een goede gezondheid voor moeder en kind. Onder de verloskundige zorg tijdens de zwangerschap vallen de volgende echo's:

a. algemene termijnecho
b. specifieke diagnose echo's:
   - biometrie, het beoordelen van de groei van het kind
   - echo vanwege bloedverlies
   - begeleidingsecho bij het van buitenaf draaien van het ongeboren kind van stuitligging naar hoofdligging
   - echo voor het bepalen van de ligging van het kind
   - echo voor de controle van de placenta
   - echo vanwege verminderde vitaliteit

De specifieke diagnose echo's vinden uitsluitend plaats op medische indicatie.

Prenatale screening
Wij vergoeden prenatale screening. Hieronder verstaan wij:

- Niet-invasieve prenatale test (NIPT): alleen recht op vergoeding bij een medische indicatie.
- Invasieve diagnostiek: alleen als u vanuit uw medische historie of actuele medische status een verhoogd risico heeft op een kindje met syndroom van Down, Edwards of Patau of er een aanmerkelijke kans op een chromosomale afwijking aangetoond is door middel van uw NIPT. Het gaat hierbij om de vlokkentest en vruchtwaterpunctie.

Consult bij een kinderwens of anticonceptievraag
Wij vergoeden een consult bij de verloskundige indien u een kinderwens of anticonceptievraag hebt. Het betreft hierbij de zorg die beschreven is in de NHG-richtlijnen 'preconceptiezorg' of 'anticonceptie' geleverd door een verloskundige, mits zij bevoegd en bekwaam is om deze zorg te leveren. De verloskundige levert deze zorg in samenwerking met de huisarts.

Plaatsen en/of verwijderen IUD of anticonceptiestaafje
U heeft recht op vergoeding van de kosten voor het plaatsen van een IUD (Intra-Uterine Device; spiraaltje) door een huisarts, in het ziekenhuis of door een verloskundige. Voor het plaatsen van een IUD door de huisarts en verloskundige geldt dat het eigen risico niet van toepassing is. Het eigen risico is slechts onder beperkte voorwaarden wel van toepassing op de kosten van een IUD. Specifiek voor de Levosert gelden de voorwaarden zoals beschreven in artikel 3.8 Farmaceutische zorg Farmaceutische zorg. Hier vindt u uitleg over preferente geneesmiddelen. Een IUD moet u op recept bij de apotheek halen. Ook bij plaatsing in het ziekenhuis is het eigen risico van toepassing.

3.27 Verpleging en verzorging

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

Verpleging en verzorging
Wij vergoeden verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
- verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop;
- niet voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo), de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Jeugdwet;
- niet samengaat met verblijf.

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

Kwalificaties
Om te bepalen hoeveel zorg u nodig heeft stelt een hbo-wijkverpleegkundige een indicatie vast en op basis daarvan een zorgplan op. Er gelden een aantal eisen voor deze indicatiestelling en het zorgplan.
De indicatiestelling voor verpleging en verzorging (zowel Zorg in Natura als Zvw-pgb):
- wordt gesteld door een hbo-wijkverpleegkundige met een geldige BIG-registratie. Voor kinderen tot 18 jaar geldt dat de indicatie gesteld moet worden door een hbo-verpleegkundige met kinderaantekening. U kunt ook naar een hbo-wijkverpleegkundige die in het bezit is van het KIWA-keurmerk voor ZZP'ers;
- wordt vastgesteld volgens het "Normenkader voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving" van de V&VN;
- daarnaast wordt bij kinderen tot 18 jaar deze ook vastgesteld volgens de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) en heeft de hbo-kinderverpleegkundige de HIK-training gevolgd;
- in het geval van niet-gecontracteerde zorg dient de hbo-wijkverpleegkundige die de indicatie stelt aangesloten te zijn bij een netwerk of sociaal wijkteam.

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

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

Op basis van de gestelde indicatie stelt de BIG-geregistreerde hbo-wijkverpleegkundige samen met u een actueel en dynamisch zorgplan op. Dat wil zeggen dat het zorgplan regelmatig geëvalueerd wordt en daar waar de zorgvraag verandert, wordt het zorgplan aangepast aan de dan geldende situatie. Dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde hbo-wijkverpleegkundige. In het zorgplan staat in ieder geval informatie over de aard (zorgfuncties en zorghandelingen), omvang, duur en doelen van de zorg en het gewenste resultaat. De hbo-wijkverpleegkundige legt schriftelijk vast dat het zorgplan met u of uw (wettelijke) vertegenwoordiger is besproken en dat is ingestemd met het zorgplan. Ook als er grote wijzigingen over de aard en/of doelen van de zorg worden doorgevoerd in het zorgplan dient uit het zorgplan te blijken dat dit is besproken met u of uw (wettelijke) vertegenwoordiger en dat is ingestemd met de wijziging. Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders geldt dat u of uw (wettelijke) vertegenwoordiger het zorgplan bij de start en bij grote wijzigingen van de zorg moet ondertekenen. De zorg wordt uitgevoerd door gekwalificeerd personeel. Bij niet-gecontracteerde aanbieders geldt dat de zorg geleverd wordt door minimaal niveau 3, inzet van niveau 2 is niet toegestaan. Daarnaast geldt voor zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg aan kinderen tot 18 jaar dat de zorg geleverd wordt door een kinderverpleegkundige.

Gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder
Dan dient u voorafgaand aan het ontvangen van zorg toestemming bij ons aan te vragen voor de vergoeding van deze zorg via het aanvraagformulier. Als de zorg meteen moet starten, bijvoorbeeld bij ontslag uit het ziekenhuis

waarbij verpleging en/of verzorging thuis nodig is, dan kan dat, ook als wij nog geen toestemming hebben gegeven. Het aanvraagformulier moet wel ingediend zijn binnen 10 dagen nadat de zorg is gestart. De vergoeding gaat niet verder terug dan deze 10 dagen en alleen de zorg die rechtmatig en doelmatig is en onder de aanspraak verpleging en verzorging valt wordt vergoed. Dit kan tevens betekenen dat een deel van de nota niet wordt vergoed.

Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan declareert u zelf de nota's van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het is niet mogelijk dat de niet-gecontracteerde zorgaanbieder namens u de nota bij ons declareert (dit kan wel bij gecontracteerde zorg). Wij vergoeden de geleverde zorg conform de door ons gestelde voorwaarden. Hierbij geldt dat wij pas uitbetalen als u toestemming van ons heeft voor de vergoeding van de betreffende zorg.

Wij vergoeden tot ten hoogste 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. Dit kan betekenen dat als de nota hoger is dan het door ons vergoede tarief, u een gedeelte van de nota zelf betaalt. De maximale tarieven vindt u op onze website.

Als u er zeker van wilt zijn dat u geen extra kosten maakt, dan adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij hebben in alle regio's zorgaanbieders gecontracteerd. Of een zorgaanbieder gecontracteerd is vindt u op zorgzoeker.asr.nl. In uitzonderingssituaties kan het voorkomen dat het ons ook niet lukt om een passend zorgaanbod te vinden op de korte termijn. In dat geval is het mogelijk om, na toestemming van ons, gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder tegenover volledige vergoeding (maximaal NZa-tarief) van de zorg voor een overbruggingsperiode van maximaal 12 weken. U kunt deze periode dan gebruiken voor het zoeken en overstappen naar een gecontracteerde zorgaanbieder. Indien u na deze 12 weken bij de niet-gecontracteerde zorgaanbieder blijft, dan valt de vergoeding terug naar 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerd tarief.

Let op: zie voor 'Extra voorwaarden bij niet-gecontracteerde zorg' artikel 2.2 Vergoeding van zorg (Vergoeding van zorg).

Toestemming vragen voor vergoeding niet-gecontracteerde verpleging en verzorging
Toestemming voor vergoeding van niet-gecontracteerde zorg vraagt u aan via het formulier 'machtigingsaanvraag niet-gecontracteerde wijkverpleging'.

Als u de machtiging bij ons aanvraagt, moet u met het formulier de volgende informatie meesturen:
- de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
- een kopie van het diploma van de BIG-geregistreerde minimaal hbo-wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
- in het geval van palliatief terminale zorg dient uit de indicatie en het zorgplan te blijken wat de hbo-wijkverpleegkundige met de huisarts en naasten heeft besproken over de zorginzet gedurende de laatste levensfase, op welke wijze dit ingevuld gaat worden en met onderbouwing van de zorg die ingezet zal worden, waarbij de mogelijkheden van ondersteuning uit andere voorzieningen (bijv. gemeente of eigen netwerk) zijn meegenomen. Uit de indicatie dient ook te blijken dat de hbo-wijkverpleegkundige de verzekerde en naasten over de mogelijkheid van overlijden in een hospice of instelling voor eerstelijnsverblijf heeft geïnformeerd.

Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
Wij beoordelen de doelmatigheid door onder andere uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Als wij bepaalde zorg niet doelmatig en/of rechtmatig vinden, nemen wij hierover contact op met de indicerend wijkverpleegkundige. Vinden wij bepaalde zorg na dat contact nog steeds niet doelmatig en/of rechtmatig, dan kennen wij voor die zorg geen machtiging toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. Wij leggen altijd uit waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij om een herbeoordeling van de indicatie vragen.

Dat betekent dat wij een tweede, onafhankelijke wijkverpleegkundige vragen om de geldende indicatie opnieuw te beoordelen. De eerste wijkverpleegkundige behoudt de regie over de indicatie. Na de toetsing door een tweede wijkverpleegkundige moet het oordeel/advies van deze wijkverpleegkundige voorgelegd worden aan de eerste wijkverpleegkundige. Na overleg tussen beide wijkverpleegkundigen (intervisie) beoordeelt de eerste wijkverpleegkundige of de herbeoordeling tot aanpassing van de indicatie leidt. Een aanpassing van de indicatie zal

door de eerste wijkverpleegkundige moeten worden onderbouwd. Wij zullen deze nieuwe indicatiestelling opnieuw beoordelen op doelmatigheid en rechtmatigheid en een machtiging afgeven als onze beoordeling positief is. Het is ook mogelijk dat u zelf om een herbeoordeling (dit heet dan een second opinion) van de indicatie vraagt, maar dit kan alleen met toestemming van ons.

Wij vergoeden geen:
- zorg vanuit de aanspraak verpleging en verzorging die wordt geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of zorgverleners die tevens familie zijn in de eerste of tweede graad. Hiervoor is het Zvw-pgb wel toegankelijk, conform het Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze 2027.

Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb)
Als u zelf uw verpleging en verzorging wilt inkopen, kunt u een Zvw-pgb bij ons aanvragen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn verwijzen wij u naar het Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze. Dit reglement maakt deel uit van deze polis.

Het Reglement Zvw-pgb Vrije Keuze 2027 kunt u vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten.

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

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

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

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

3.28 Ziekenvervoer

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

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

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

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

Wij vergoeden geen:
- vervoer in verband met zorg voor een dagdeel in een Wlz-instelling.

Ziekenvervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto)
Wij vergoeden, van en naar de hierboven bij 'Ambulancevervoer' genoemde zorgaanbieder, vervoer per openbaar vervoer in de laagste klasse, taxi of vervoer met uw eigen auto tot maximaal 200 kilometer als:
- u een nierdialyse moet ondergaan. Wij vergoeden ook de vervoerskosten ten behoeve van consulten, (na) controles en (bloed)onderzoek;
- u oncologische behandelingen met chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie moet ondergaan. Wij vergoeden ook de vervoerskosten ten behoeve van consulten, (na)controles en (bloed)onderzoek;
- u (tijdelijk) rolstoelafhankelijk bent en vervoerd moet worden van en naar een zorgaanbieder waar u zorg krijgt die op deze verzekering is gedekt. Hierbij gaat het om verzekerden die zich (tijdelijk) uitsluitend per rolstoel kunnen verplaatsen;
- u (tijdelijk) visueel gehandicapt bent en u zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden van en naar een zorgaanbieder waar u zorg krijgt die op deze verzekering is gedekt;
- u jonger bent dan 18 jaar en zorg ontvangt vanuit de aanspraak verpleging en verzorging bij complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap (als onderdeel van zorg aan kinderen met een intensieve zorgvraag). Het moet gaan om medisch noodzakelijk vervoer van en naar het verpleegkundig kinderdagverblijf;
- vervoer van een begeleider, als u noodzakelijke begeleiding nodig hebt of jonger bent dan 16 jaar. Er is alleen vergoeding mogelijk voor de gereden kilometers van een begeleider als de verzekerde die begeleiding nodig heeft op dat moment aanwezig is het vervoersmiddel;
- u behandelingen moet ondergaan in het kader van geriatrische revalidatiezorg;
- u dagbehandeling nodig heeft in een groep als onderdeel van geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen als bedoeld in artikel 3.11 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp).

Indien u taxivervoer nodig heeft voor één van de bovenstaande indicaties dan heeft u vooraf geen toestemming nodig.

Voor eigen vervoer of openbaar vervoer heeft u vooraf onze toestemming nodig. Hiervoor hebben wij een verklaring van uw behandelend arts nodig.

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

Voor vergoeding van taxivervoer kunt u contact opnemen met Transvision. Transvision verzorgt het taxivervoer voor u.

Via VITA mobiliteit kunt u direct een online reservering maken bij Transvision. Transvision kunt u bereiken op 0900-33 33 33 0.

Hardheidsclausule bij ziekenvervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto)
Als u niet onder de hierboven bij 'ziekenvervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto)' genoemde criteria valt, kunt u recht hebben op (vergoeding van) ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule als u door een ziekte of een aandoening voor langere tijd vervoer nodig hebt. Om te berekenen of u voor vergoeding in aanmerking kunt komen, kunt u zelf een berekening maken via de volgende link: zorginstituutnederland.nl/verzekerde-zorg/v/vervoer-zvw. Hierbij geldt de voorwaarde dat wij de zorg waarvoor het vervoer bestemd is uit de basisverzekering vergoeden. U heeft vooraf akkoord van ons nodig. U kunt dit aanvragen via het aanvraagformulier op: asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/ziekenvervoer.

Logeerkosten in plaats van vervoer
U kunt een aanvraag doen voor logeerkosten in plaats van vervoerskosten als u minstens drie achtereenvolgende dagen vervoer nodig hebt naar een zorgaanbieder en u recht heeft op vervoer volgens de hierboven genoemde voorwaarden voor 'ziekenvervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto)'. Deze kennen wij toe als redelijkerwijs te verwachten is dat logeren minder belastend voor u is dan vervoer op drie opeenvolgende dagen. De vergoeding van logeerkosten bedraagt maximaal € 97,- per nacht. U komt ook in aanmerking voor vergoeding van de heen- en terugreis vanaf uw woonadres naar de locatie waar u logeert. Eventuele reiskosten tussen de locatie waar u logeert en de locatie waar u zorg ontvangt, komen niet voor vergoeding in aanmerking als u kiest voor logeren in plaats van vervoer. U kunt een aanvraag voor logeerkosten indienen via asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/ziekenvervoer. Bij de declaratie van de logeerkosten hebben wij een factuur van het betreffende verblijf nodig. Zonder factuur komen de logeerkosten niet in aanmerking voor vergoeding. Voor de logeerkosten is geen eigen bijdrage verschuldigd. Voor de heen-en terugreis is wel eigen bijdrage verschuldigd.

Eigen bijdrage
Voor ziekenvervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 140,- per kalenderjaar.

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

Kilometervergoeding bij gebruik eigen auto
De vergoeding voor het gebruik van uw eigen auto is € 0,43 per kilometer. De afstand berekenen wij volgens de routeplanner van ANWB. We gaan daarbij uit van de snelste route en houden geen rekening met de actuele verkeerssituatie. U kunt deze instellingen in de routeplanner van ANWB controleren onder 'Routeopties'.

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

3.29 Zintuiglijk gehandicapten zorg (ZG-zorg)

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

Algemeen
Wij vergoeden multidisciplinaire zorg (zorg waarbij diverse specialisten betrokken zijn) in verband met:
- een auditieve beperking (u bent doof of slechthorend);
- een visuele beperking (u bent blind of slechtziend);
- een communicatieve beperking (u heeft ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal) als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis en u bent niet ouder dan 23 jaar.

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

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

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

Verwijzing
- Voor ZG-zorg bij een auditieve en/of communicatieve beperking heeft u een verwijzing van een klinisch fysisch audioloog van een audiologisch centrum of een medisch specialist op basis van diagnostische gegevens nodig waaruit blijkt dat u voldoet aan de inclusiecriteria voor de te verzekeren prestatie ZG (artikel 2.5.a. van het Besluit zorgverzekering).

- Voor Visuele ZG-zorg heeft u een verwijzing nodig van een medisch specialist op grond van de evidence based NOG richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing.
- Is bij u in het verleden de ZG-stoornis al vastgesteld door een klinisch fysisch audioloog, oogarts of medisch specialist en ontstaat er een ZG-gerelateerde zorgvraag, zonder dat er een wijziging van de ZG-stoornis is opgetreden? Dan mag u ook worden doorverwezen door een huisarts of jeugdarts. Er is geen nieuwe verwijzing nodig voor verzekerden met een visuele beperking met een eenvoudige revalidatievraag (passend binnen zorgprogramma 11).

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

Het Besluit zorgverzekering kunt u vinden via wetten.overheid.nl/zoeken

Machtiging verblijf >365 dagen:
U heeft vooraf onze toestemming nodig (machtiging) voor een verblijf van langer dan 365 dagen binnen de klinische zintuiglijke gehandicaptenzorg. Als gedurende het verblijf blijkt dat een verblijf van meer dan 365 dagen nodig is, dan kunt u hiervoor via onze website een machtiging aanvragen.

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

4. Uitsluitingen

Wij vergoeden geen:

- zorg die vanuit de Wlz, Jeugdwet, Wmo of andere wettelijke regeling(en) voor vergoeding in aanmerking komt;
- zorgkosten of kosten van repatriëring op basis van een wet, een regeling of een andere (speciale) verzekering al dan niet van oudere datum die al worden vergoed of op een andere verzekering gedekt zou zijn als deze verzekering niet bestond. Als dat het geval is, vergoeden we de zorgkosten pas als u niet meer in aanmerking komt voor een vergoeding vanuit die andere regeling of verzekering. En we vergoeden dan alleen het bedrag boven de maximale vergoedingen in de andere regelingen of verzekeringen;
- eigen bijdrage die u betaalt volgens de Wlz, Wmo;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
- behandelingen in een privékliniek;
- vaccinaties tegen griep;
- alternatieve geneeswijzen;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de circumcisie (besnijdenis) van de verzekerde, als deze niet medisch noodzakelijk is;
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- geneesmiddelen ter voorkoming van ziekte tijdens een reis;
- kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofiel gaas bij verloskundige zorg;
- kosten omdat u niet op een afspraak bij een zorgaanbieder bent verschenen;
- consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen het gezin door een gezinslid voor een verzekerde, tenzij wij hiervoor vooraf toestemming hebben verleend;
- schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
- volledige schade als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar. U krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de NHT. Op grond van artikel 33 en 55 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) kan de overheid als gevolg van een catastrofe, zoals terroristische handelingen, een extra bijdrage leveren aan de zorgverzekeraars en hun verzekerden.

5. Contactgegevens

Ik kies zelf van a.s.r.
asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/ikkieszelf

SOS International
BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie SOS International
Telefoon +31 (0)30 257 35 75
E-mail: info@sosinternational.nl