



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar
UA te Tilburg en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar UA te Tilburg

Zaak : Farmaceutische zorg, Nexium®, medische noodzaak, vergoeding met terugwerkende kracht

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en
2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 7:942 BW

Zaaknummer : 201900997

Zittingsdatum : 8 januari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A. Kroon)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 20 augustus 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 11 oktober 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 14 oktober 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailberichten van 30 oktober 2019 aanvullende informatie gestuurd. Kopieën hiervan zijn op 1 november 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Bij brief van 30 oktober 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019050812) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 1 november 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 januari 2020 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 10 januari 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 15 januari 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de PZP Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen CZ Top Collectief en CZ Uitgebreide Tandarts Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Aan verzoeker is in 2010 Nexium® voorgeschreven in verband met reflux. Verzoeker heeft de kosten van dit middel sindsdien bij aflevering voldaan aan de apotheek, waarna hij de nota's indiende bij de ziektekostenverzekeraar. Hij was in de veronderstelling dat de kosten van Nexium® werden verrekend met zijn eigen risico. Eind 2018 ontdekte verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar de nota's met betrekking tot dit middel nooit heeft vergoed, en dus ook niet heeft verrekend met zijn eigen risico. Hij heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens verzocht om vergoeding van de gemaakte kosten, met terugwerkende kracht tot 2010.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 december 2018 aan verzoeker meegedeeld dat hij de eerder gemaakte kosten van Nexium® niet aan hem vergoedt.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij dit verzoek was een afschrift van zijn medisch dossier gevoegd. Bij brief van 28 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. De betrokken KNO-arts heeft op 2 april 2012 over verzoeker verklaard:
"(...) *VPK: pt heeft eerder gebeld met VPK over nexium[®]: wil geen esomeprazol (stofnaam) maar alleen nexium® (merknaam), vrouw van pt zou een allergische reactie op esomeprazol hebben gehad en niet op nexium®. [A]potheek wil dit niet geven, alleen met speciale medische indicatiestelling op schrift, aan VPK doorgegeven dat hier geen medische reden voor is. [E]esomeprazol heeft dezelfde werking.*
(...)
- uitgebreid uitgelegd dat er geen medische indicatie is voor nexium® ipv esomeprazol. [S]ituatie van vrouw van pt ken ik niet, maar zie geen reden dat er bij deze pt een andere werking zou zijn tussen beide medicijnen, verschil stofnaam/merknaam uitgelegd, pt gaat desondanks niet akkoord, pt dreigt met volgende beloop: geen verklaring=geen medicatie nemen=ziek worden=ziek thuis blijven=ziektewet en hogere kosten voor zorgverzekering, dat zou dan onze schuld zijn.
- uitgelegd dat de keuze van wel/niet medicijnen nemen aan pt is, zoals ook keuze voor andere dokter aan pt is. [W]ij kunnen niet meewerken met allerlei verzoeken van pt waar daar medisch gezien geen enkele reden toe bestaat.
(...)"
- 3.6. Op 7 december 2012 heeft de betrokken MDL-arts over verzoeker verklaard:
"(...) *Medicatie:*
Omeprazol 1 dd 40 mg.
(...)
Bespreking:
Deze 40-jarige man werd gezien in verband met recidiverende verkoudheidsklachten, waarbij door de KNO-arts reflux werd geconstateerd. De klachten reageerde[n] in het verleden goed op nexium[®]. De nexium[®] werd vervangen door omeprazol, welke veel minder effectief bleek. Er werd een gastroscopie verricht, welke geen afwijkingen liet zien. Om gastro-oesofageale reflux aan te tonen werd met patiënt afgesproken om 24-uurs pH-metrie te verrichten na het staken van de nexium[®]. Hij wilde zelf echter liever niet staken met de nexium[®] in verband met het terugkeren van de klachten. Er werd een nieuw recept nexium[®] voorgeschreven en patiënt zal over een half jaar worden teruggezien.
(...)"
- 3.7. Bij e-mailbericht van 4 februari 2019 heeft de betrokken KNO-arts aan de apotheek meegedeeld:
"(...) *Ik denk dat er geen enkel bezwaar is tegen het geven van het generieke esomeprazol, dat hetzelfde werkzame middel als Nexium® bevat. Soms bevat een medicatiewijziging een patiënt niet en is het erg moeilijk te begrijpen hoe dat komt. We kunnen natuurlijk niet uitsluiten dat dat gebeurt, maar dat lijkt me geen reden het niet te proberen. Iets anders is dat het lang geleden is dat dhr [naam verzoeker] bij ons op de poli gezien is. In 2010. Het lijkt mij wel verstandig als er nog eens gekeken wordt of het nog wel nodig is dat hij een PPI gebruikt. Dat kan via de huisarts, in het lokale ziekenhuis of eventueel weer in het Erasmus MC.*
(...)"
- 3.8. De apotheek heeft op 1 april 2019 het volgende aan verzoeker bericht:
"(...)"

*De afgelopen jaren gold de medische noodzaak in die zin niet, dat u – opnieuw volgens de voorwaarden van CZ – twee generieke merken had moeten proberen, te weten het preferente (door de verzekering aangewezen) en een tweede keus vergelijkbaar in prijs. Deze route hebben we pas dit jaar gelopen en sindsdien wordt het ook rechtstreeks bij CZ gedeclareerd.
(...)"*

3.9. Bij e-mailbericht van 17 april 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de apotheek de kosten van Nexium® vanaf februari 2019 rechtstreeks bij hem declareert. De apotheek declareert niet met verdergaande terugwerkende kracht. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de afgewezen nota's met betrekking tot Nexium® tot maximaal drie jaar terug, dat wil zeggen tot 17 april 2016. Verzoeker kan de nota's ter zake, voor zover hij deze nog niet heeft ingediend, sturen aan de ziektekostenverzekeraar. Een en ander vindt plaats in het kader van coulance.

3.10. Bij brief van 30 oktober 2019 heeft het Zorginstituut de commissie het volgende meegedeeld:
"(...)

Farmacotherapeutische beoordeling

(...)

Het geneesmiddel Nexium® bevat als werkzame stof esomeprazol en is een maagbeschermer uit de groep van de protonpompremmers. Dit geneesmiddel is in 2010 door de KNO-arts aan verzoeker voorgeschreven in verband met refluxklachten. Verzoeker geeft aan hier goed op te reageren.

Verzoeker wil niet het generieke geneesmiddel met esomeprazol gebruiken omdat zijn echtgenote een allergische reactie op dit middel zou hebben gehad en niet op Nexium®. Verzoeker geeft aan dat hij 8 dagen een generiek geneesmiddel met esomeprazol heeft geprobeerd, maar het gebruik daarna heeft gestaakt omdat hij weer klachten kreeg. Toen verzoeker weer Nexium® ging gebruiken verdwenen deze klachten.

De KNO arts stelt in 2012 dat er geen medische noodzaak is voor Nexium® en geeft in 2019 aan dat hij geen bezwaar ziet tegen het geven van het generiek esomeprazol. De MDL-arts in het Erasmus MC heeft in 2013 geadviseerd om Nexium® af te bouwen en geeft daarbij aan twijfels te hebben over het effect van Nexium® op de verkoudheidsklachten van verzoeker.

Generieke alternatieve geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, hoeveelheid, toedieningsvorm en met eenzelfde mate en snelheid van absorptie zouden eenzelfde effect moeten hebben.

Gebruikte hulpstoffen kunnen mogelijk afwijken tussen de geneesmiddelen onderling, maar in het dossier staat geen contra-indicatie voor een bepaalde hulpstof beschreven.

Het blijft onwaarschijnlijk dat substitutie van Nexium® naar een gelijkwaardig generiek leidt tot een verandering in effectiviteit en het dossier bevat onvoldoende onderbouwing voor een causaal verband. Uit de informatie blijkt ook niet dat verzoeker overgevoelig is voor een bepaalde hulpstof en daarnaast is de medische noodzaak niet onderbouwd door een arts. Het dossier bevat meerdere brieven van behandelend artsen maar geen enkele onderbouw[t] de medische noodzaak voor het gebruik van Nexium®. De KNO-arts geeft zelfs aan dat er geen sprake is van een medische noodzaak en de MDL-arts adviseerde het gebruik van Nexium® af te bouwen.

Conclusie

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat er een medische noodzaak bestaat voor het gebruik van Nexium®. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van dit geneesmiddel ten laste van de basisverzekering
(...)"*

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden Nexium® te vergoeden met terugwerkende kracht tot de datum waarop dit middel aan hem is voorgeschreven door zijn arts.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over farmaceutische zorg alsmede de artikelen over het verjaren van een rechtsvordering tegen een verzekeraar uit het Burgerlijk Wetboek (artt. 7:942 en 943 BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepalingen uit het 'Reglement Farmacie' van de ziektekostenverzekeraar (verder: het reglement) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar artikel A.19.2. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarin is bepaald dat nota's binnen drie jaren na de datum waarop de zorg is verleend door de ziektekostenverzekeraar moeten zijn ontvangen. Nota's die hij na deze termijn ontvangt komen niet (meer) voor vergoeding in aanmerking.

6.3. De commissie stelt vast dat de aanvang van de verjaringstermijn van drie jaren uit artikel 7:942, eerste lid, van het Burgerlijk Wetboek (BW) op een andere wijze is geregeld dan in artikel A.19.2. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. In eerstgenoemd artikel is namelijk bepaald dat een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. De commissie gaat, gelet op artikel 7:943, tweede lid, BW, bij de beoordeling van dit geschil uit van het bepaalde in artikel 7:942, eerste lid, BW.

6.4. Uit artikel B.15. van de zorgverzekering blijkt dat de ziektekostenverzekeraar een preferentiebeleid voert. Betrokkene heeft om deze reden pas aanspraak op een ander geneesmiddel dan het preferente geneesmiddel (voorkeursgeneesmiddel) als dit laatste middel aantoonbaar medisch niet verantwoord is. Of deze situatie zich voordoet, is ter beoordeling van de apotheek in samenspraak met de huisarts of behandelend medisch specialist. Een en ander blijkt uit artikel 2.3 van het reglement van de ziektekostenverzekeraar.

6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aan voornoemde regeling als volgt invulling gegeven. Betrokkene moet eerst het voorkeursgeneesmiddel proberen. Als hij daarop niet goed reageert, moet een - in prijs vergelijkbare - generieke variant worden geprobeerd. Reageert hij ook op dat middel niet goed, dan bestaat aanspraak op het niet-preferente middel. Het voorgaande blijkt uit het e-mailbericht van de gecontracteerde apotheek aan verzoeker van 1 april 2019.

6.6. De gecontracteerde apotheek heeft in 2019 - conform de hiervoor beschreven procedure - vastgesteld dat bij verzoeker sprake is van een aantoonbare medische noodzaak voor Nexium®. Vanaf dat moment heeft verzoeker daarom aanspraak op (vergoeding van) dit middel ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van coultance besloten de nota's met betrekking tot Nexium® met terugwerkende kracht tot 17 april 2016 te vergoeden. Deze beslissing vormt voor de commissie een gegeven. Om die reden passeert zij het advies van het Zorginstituut

voor zover het de periode na genoemde datum betreft. Ten aanzien van de aanspraak op Nexium® in de voorafgaande periode overweegt de commissie als volgt.

- 6.7. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden ook de nota's met betrekking tot Nexium® van vóór 17 april 2016 te vergoeden, en wel met terugwerkende kracht tot het moment waarop dit middel aan hem is voorgeschreven. Uit het dossier blijkt dat dit op 3 augustus 2010 is geweest. Verzoeker voert hiertoe aan dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het voorschrift van de behandelend arts te volgen. Dit standpunt kan, gelet op het door de ziektekostenverzekeraar gevoerde voorkeursbeleid, niet overtuigen. Uit het dossier blijkt namelijk niet dat Nexium® op 3 augustus 2010 aan verzoeker is voorgeschreven, omdat alleen dit middel in zijn situatie medisch verantwoord was. Een zodanige medische noodzaak blijkt ook niet uit de medische informatie van daarna. Weliswaar is na het gebruik van een generiek middel - ergens in de periode tussen 3 augustus 2010 en 7 december 2012 met de werkzame stof esomeprazol - opnieuw Nexium® aan verzoeker voorgeschreven, maar een verklaring dat verzoeker vervolgens ook een alternatief generiek middel heeft geprobeerd ontbreekt. Waarom die mogelijkheid er niet was, is niet toegelicht. Het staat daarbij geenszins vast dat de generieke variant die verzoeker in de periode van 3 augustus 2010 tot en met 17 april 2016 had moeten proberen dezelfde was als die hij in 2019 afgeleverd heeft gekregen. Dat verzoeker op het in 2019 geprobeerde generieke middel niet goed heeft gereageerd, toont daarmee het bestaan van een medische noodzaak voor Nexium® in de periode van 3 augustus 2010 tot en met 17 april 2016 niet aan. Het voorgaande wordt bevestigd door het Zorginstituut in zijn voorlopig advies van 30 oktober 2019. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op Nexium® met betrekking tot genoemd tijdvak.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het middel Nexium®. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding hiervan, ten laste van deze verzekering.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 maart 2020,

H.A. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Werkzame stof									
Toedieningsweg	Sterkte	PRK clusters	Start aanwijfsperiode	Einde aanwijfsperiode	ZI-nummer	Naam registratiehouder			
	25 mg	73431	01/01/2019	31/12/2020	16175093	Aurobindo Pharma B.V.			
oraal	50 mg	73458	01/10/2019	31/12/2021	16189884	ACCORD HEALTHCARE B.V.			
oraal	20 mg	57851 - 94862	01/01/2019	31/12/2020	16751639	Sun Pharmaceutical Industries Europe B.V.			
oraal	40 mg	57878 - 94870	01/01/2019	31/12/2020	16751647	Sun Pharmaceutical Industries Europe B.V.			
oraal	0,02/0,1 mg	83364	01/01/2019	31/12/2020	16208560	MYLAN B.V.			
oraal	0,03/0,15 mg	83348	01/01/2019	31/12/2020	15948382	MYLAN B.V.			
oraal	120mg	66761	01/01/2019	31/12/2020	16531779	Aurobindo Pharma B.V.			
oraal	30mg	85766	01/01/2019	31/12/2020	16530985	MYLAN B.V.			
oraal	60mg	66745	01/01/2019	31/12/2020	16530993	MYLAN B.V.			
oraal	90mg	66753	01/01/2019	31/12/2020	16531000	MYLAN B.V.			
oraal	10 mg	70645	01/10/2018	31/12/2020	16738417	Medical Valley invest AB (Xiromed)			
oraal	10/20 mg	77038	01/09/2019	31/12/2021	16782232	Glenmark Arzneimittel GmbH			
transdermaal	100 mcg/uur	75558 - 97187	01/01/2019	31/12/2020	16746422	Aurobindo Pharma B.V.			
transdermaal	25 mcg/uur	75582 - 97152	01/01/2019	31/12/2020	16746392	Aurobindo Pharma B.V.			
transdermaal	50 mcg/uur	75574 - 97160	01/01/2019	31/12/2020	16746406	Aurobindo Pharma B.V.			
transdermaal	75 mcg/uur	75566 - 97179	01/01/2019	31/12/2020	16746414	Aurobindo Pharma B.V.			
oraal	500 mg	5274	01/09/2019	31/12/2021	15933601	MYLAN B.V.			
nasaal	50 mcg/do	67202	01/01/2019	31/12/2020	15731758	FOCUS CARE PHARMACEUTICALS			
oraal	125	39063	01/01/2019	31/12/2020	13813471	GSK			
oraal	250.120do	39071	01/01/2019	31/12/2020	13813501	GSK			
oraal	20 mg	39136	01/01/2019	31/12/2020	15379965	SANDOZ			
oraal	40 mg	39144	01/01/2019	31/12/2020	15379973	SANDOZ			
oraal	40 mg	39144	01/04/2019	31/12/2020	15373363	Pharmachemie			
dermaal	20 mg/g	16705	01/01/2019	31/12/2020	15821226	Centrafarm BV			
oraal	16 mg mva	76775	01/01/2019	31/12/2020	16829212	Aurobindo Pharma B.V.			
oraal	24 mg mva	76783	01/01/2019	31/12/2020	16785858	Aurobindo Pharma B.V.			
oraal	8 mg mva	76767	01/01/2019	31/12/2020	16829204	Aurobindo Pharma B.V.			
subcutaan	20 mg	74284	01/07/2018	31/12/2020	16318587	MYLAN B.V.			
subcutaan	40 mg	124346	01/07/2018	31/12/2020	16595335	MYLAN B.V.			
oraal	30 mg	61530	01/01/2019	31/12/2020	15556639	MYLAN B.V.			
oraal	80 mg	2992	01/01/2019	31/12/2020	15855716	MYLAN B.V.			
oraal	12,5 mg	76333	01/01/2019	31/12/2020	15838579	MYLAN B.V.			
oraal	25 mg	965	01/01/2019	31/12/2020	15838595	MYLAN B.V.			
oraal	50 mg	14745	01/01/2019	31/12/2020	15838609	MYLAN B.V.			
subcutaan	100 E/ml	121312	01/03/2019	31-12/2020	16231635	Eli Lilly Nederland B.V.			
oraal	60 mg	27030	01/01/2019	31/12/2020	15855724	MYLAN B.V.			
oraal	10 mg	69493	01/01/2019	31/12/2020	15205002	MYLAN B.V.			
oraal	20 mg	69507	01/01/2019	31/12/2020	15205010	MYLAN B.V.			

- Na bezoek aan de dagbehandeling/polikliniek moeten medicijnwijzigingen schriftelijk worden doorgegeven aan uw huisarts en apotheker. Daarnaast zal de apotheker u uitleg geven over het gebruik van (gewijzigde) medicijnen in de thuissituatie.

4. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname

Het gaat hierbij om het schriftelijk vastleggen van en uitleg geven over uw huidige medicijngebruik en uw medicijngebruik bij opname in het ziekenhuis. Als u in het ziekenhuis wordt opgenomen, is het belangrijk dat er persoonlijke afstemming plaatsvindt over het gebruik van uw medicijnen en dat de medicijnen die u op dat moment gebruikt schriftelijk worden vastgelegd door de behandelend zorgverlener.

5. Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis

Als u ontslagen wordt uit het ziekenhuis moeten veranderingen in uw medicijnen schriftelijk worden doorgegeven aan uw huisarts en apotheker. Daarnaast zal de apotheker u uitleg geven over het gebruik van (gewijzigde) medicijnen in de thuissituatie.

Voorwaarden

U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de prestatie 'Farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis' als wordt voldaan aan onderstaande voorwaarden:

1. de apotheker levert de zorg volgens de geldende richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' en legt wijzigingen vast in uw (digitale) patiëntdossier;
2. de zorg is geleverd door een apotheek die wij hiervoor hebben gecontracteerd;
3. er heeft een persoonlijk gesprek plaatsgevonden tussen u (of uw vertegenwoordiger) en de apotheker(sassistente) die verantwoordelijk is voor het afleveren van uw (ontslag)medicijnen.

6. Medicatiebeoordelingen bij chronisch gebruik van geneesmiddelen

Dit is een medisch en farmaceutisch noodzakelijke, periodieke evaluatie. U hebt minimaal een 1x per 12 maanden recht op deze medicatiebeoordeling.

Voorwaarden

1. U gebruikt meerdere medicijnen chronisch; en
2. De medicatiebeoordeling gebeurt in samenspraak met u, uw behandelend arts en de overige betrokken zorgverleners; en
3. Er moet sprake zijn van een farmaceutische noodzaak. De criteria hiervoor kunt u vinden in de richtlijn Medicatiebeoordeling van de KNMP (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie) www.KNMP.nl; en
4. Een medicatiebeoordeling heeft betrekking op medicijnen die voldoen aan de voorwaarden die wij beschreven hebben in artikel B.15.1. van de Verzekeringsvoorwaarden. Als u daarnaast ook medicijnen gebruikt die niet aan deze voorwaarden voldoen (en die dus niet worden vergoed vanuit de zorgverzekering), moeten die inhoudelijk wel worden meegenomen in de medicatiebeoordeling.

2. Vergoeding van geregistreerde medicijnen

In het GVS komen onderling vervangbare en niet onderling vervangbare medicijnen voor.

2.1 Onderling vervangbare medicijnen

Dit zijn medicijnen die:

- op dezelfde manier worden toegediend; en
- bij dezelfde soort indicatie worden ingezet; en
- voor mensen uit dezelfde leeftijdscategorie zijn bedoeld.

Zo kan een arts voor een patiënt kiezen uit twee of meer onderling vervangbare medicijnen. De overheid heeft voor elke groep van onderling vervangbare medicijnen een maximum vergoeding

(vergoedingslimiet) vastgesteld. Is uw voorgeschreven middel uit die groep duurder, dan komt de meerprijs als 'eigen bijdrage' voor uw rekening.

U moet deze eigen bijdrage ook betalen als een apotheek zo'n duurder medicijn verwerkt in een magistrale bereiding (een door de apotheker zelf gemaakt medicijn).

Op www.medicijnkosten.nl kunt u de prijs van het medicijn met daarbij de eigen bijdragen van medicijnen vinden.

2.2 Niet onderling vervangbare medicijnen

Dit zijn medicijnen die verschillen in de hierboven genoemde eigenschappen, zoals werking en indicatie waarbij het middel wordt gebruikt. Deze medicijnen hebben geen eigen bijdrage en vergoeden wij volledig.

2.3 Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen een groep onderling vervangbare medicijnen (zie artikel B.15.1.b. in de verzekeringsvoorwaarden) wijzen wij onder andere op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U hebt dan binnen deze groep alleen recht op dat voorkeursgeneesmiddel. Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof, in de gewenste sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u.

De werkzame stof die in een medicijn zit, bepaalt de werking van een medicijn. Vaak zijn er meerdere medicijnen met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen. Deze medicijnen hebben een andere prijs, maar dezelfde werking. Voor sommige stofnamen bepalen wij op basis van de prijs welk medicijn wordt vergoed.

Ondervindt u problemen?

Het kan voorkomen dat u andere bijwerkingen heeft van het zelfde medicijn in de zelfde sterkte, maar dan van een andere fabrikant. Dit kan komen door bijvoorbeeld bepaalde hulpstoffen zoals kleurstoffen of vulmiddelen. Deze bijwerkingen kunnen na een paar dagen over gaan. Als na gebruik van 15 dagen de vervelende, onacceptabele bijwerkingen niet over zijn, moet u contact opnemen met uw apotheker. Als u de bijwerkingen hebt besproken met uw apotheker neemt deze, indien nodig, contact op met uw behandelend arts om een oplossing voor u te vinden.

Als de onacceptabele bijwerkingen aanhouden nadat u het voorkeursgeneesmiddel hebt geprobeerd, onderzoekt uw apotheker eventueel samen met uw arts, of het voorkeursgeneesmiddel voor u medisch gezien misschien niet geschikt is. Hieronder wordt verstaan dat de behandeling met het door ons aangewezen medicijn, aantoonbaar medisch niet verantwoord is (zie ook Besluit Zorgverzekering, artikel 2.8, lid 3 en 4). Uw apotheker bepaalt samen met uw huisarts of medisch specialist of het medisch nodig is dat u een ander medicijn uit het GVS gebruikt dan een voorkeursgeneesmiddel. U hebt dan recht op dat andere medicijn met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen. Dit is meestal niet het merkmedicijn. Dit andere medicijn mag niet onnodig duur zijn.

Onze voorkeursgeneesmiddelen staan in de Lijst 'Voorkeursgeneesmiddelen' op onze internetsite.

Bij onderling vervangbare medicijnen die geen onderdeel zijn van het voorkeursbeleid, hebt u alleen recht op het medicijn met de laagste prijs, of een medicijn dat niet meer dan 5% afwijkt van de laagste prijs.

Voor medicijnen die niet op de Voorkeurslijst staan, vergoeden wij de laagste marktprijs die op dat moment geldt binnen een groep onderling vervangbare medicijnen. (Wij noemen dit de Laagste Prijs Garantie of Prijspreferentie.)

Dit is onderdeel van doelmatige zorg, Zie Verzekeringsvoorwaarden artikel A.3.2.

3. Vergoeding van magistrale bereidingen

Magistrale bereidingen: medicijnen die de apotheek zelf maakt

“Clausuleblad Terrorisme” (clausuleblad NHT) uitgegeven. U kunt hierover meer terugvinden op de internetsite www.terrorismeverzekerd.nl.

A.21.3. Atoomkernreacties

U bent niet verzekerd voor (kosten van) behandelingen die het gevolg zijn van atoomkernreacties. Zijn de kosten veroorzaakt door radioactief materiaal dat zich buiten een kerninstallatie bevindt, dan bent u daar wel voor verzekerd als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- De Rijksoverheid heeft een vergunning gegeven voor de plaatsing van de nucliden;
- De plaats van dit materiaal is niet in strijd met de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen;
- Volgens de Nederlandse of buitenlandse wet is er geen derde aansprakelijk voor de geleden schade.

A.21.4. Hechtenis of gevangenschap

Tijdens de periode dat u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, hebt u geen recht op zorg of vergoeding van kosten daarvan. Ook als de zorg die u ontvangt wel onder de verzekering valt. Dit geldt zowel voor gevangenschap/hechtenis in Nederland als in het buitenland. U bent tijdens deze periode aangewezen op geneeskundige zorg die door of namens de instelling waar u verblijft wordt verstrekt. In Nederland zorgt het Ministerie van Justitie daarvoor.

A.22. Geschillen

A.22.1. Verzoek om heroverweging

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de verzekering hebben genomen, kunt u schriftelijk aan onze afdeling Juridische Zaken vragen de beslissing te heroverwegen.

A.22.2. Rechter of geschillencommissie

Gaat u niet akkoord met de uitkomst van de heroverweging? U kunt dan kiezen voor één van de volgende mogelijkheden:

- U kunt naar de bevoegde rechter als wij niet binnen 4 weken op dit verzoek om heroverweging reageren. U kunt dit ook doen als wij aangeven dat (en waarom) wij bij onze beslissing blijven.
- U kunt het geschil ook voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bin-

dend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik maken van de andere mogelijkheid.

A.22.3. E-Court

Als u uw kosten (premie daaronder begrepen) niet op tijd aan ons betaalt, kunnen wij om deze schulden te innen in een arbitraal geding gebruik maken van het scheidsgerecht Stichting e-Court. U hebt gedurende een maand vanaf de oproeping het recht om te kiezen voor behandeling door de kantonrechter. De wettelijke regels daarvoor en het Arbitrage Reglement dat op de internetsite www.e-court.nl staat zijn van toepassing.

A.23. Klachten

A.23.1. Klacht

Als u een klacht hebt die niet gaat over de uitvoering van uw zorgverzekering, dan kunt u dit ook aan ons laten weten. U kunt dit schriftelijk of telefonisch doen. Wij beslissen over uw klacht en wij stellen u hiervan op de hoogte.

A.23.2. Niet akkoord met de beslissing

Gaat u niet akkoord met onze beslissing en zijn uw klachten niet naar redelijkheid weggenomen? U hebt dan de volgende mogelijkheden:

- U kunt uw klacht voorleggen aan de bevoegde rechter;
- U kunt uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik meer maken van de andere mogelijkheid.

A.23.3. Klacht over standaardformulieren

Als u, zorgverleners of andere zorgverzekeraars onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vinden, kan een klacht daarover ingediend worden bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een uitspraak. Die uitspraak is bindend.

A.24. Nederlands Recht

Op uw verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

vóór uw 18e jaar. Dit geldt ook in situaties waarbij:

- o een tand door een ongeval zodanig breekt dat er alleen nog een klein worteldeel achter blijft. Om de kaakgroei niet te verstoren wordt verwijderd van resterende worteldeel uitgesteld. Dit moet dan later alsnog verwijderd worden omdat er geen prothetische constructie op kan worden geplaatst.
- o een tand na verlies door een ongeval wordt teruggeplaatst en gefixeerd om de kaakgroei niet te verstoren, terwijl de kans op behoud van de tand klein is.

Uit de behandelhistorie moet blijken dat het ongeval voor het 18e jaar is vastgesteld en het resterende worteldeel of de teruggeplaatste fronttand moet voor het 23e jaar worden verwijderd, direct voorafgaand aan het plaatsen van een implantaat;

- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandarts meer dan € 650,- per kaak bedragen;
- de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de volledige boven- of onderprothese die gemaakt en geplaatst is door een tandprotheticus meer dan € 600,- per kaak bedragen;
- de volledige boven- en/of onderprothese (al dan niet op tandheelkundige implantaten) binnen 5 jaar na aanschaf wordt vervangen. Dit geldt niet voor de tijdelijke uitneembare volledige gebitsprothese (noodkunstgebit).

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten, moet u ook vooraf bij ons een akkoordverklaring hebben aangevraagd als:

- het gaat om het vaste gedeelte van de suprastructuur (voor bevestiging van de uitneembare prothese op implantaten) en de uitneembare prothese (het klikgebit). Daarbij geldt dat u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt.
- het gaat om reparatie en/of rebasing van een uitneembare prothese op implantaten (het klikgebit).
- het gaat om reparatie of vervanging van het vaste gedeelte van de suprastructuur op de implantaten en/of het deel van de suprastructuur in de prothese.

Bij de aanvraag zit een schriftelijke onderbouwing van de tandarts en een kostenbegroting.

Wij kunnen voor de akkoordverklaring nog aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

- De specialistische mondzorg zoals genoemd in artikel B.14.a. vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg;
- De mondzorg met betrekking tot de uitneembare volledige prothese zoals genoemd in artikel B.14.b. vindt plaats in een tandartspraktijk, centrum voor mondzorg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of in een praktijk van een tandprotheticus.

B.15. Medicijnen

B.15.1. Medicijnen algemeen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat (het leveren van en adviseren over) medicijnen (geneesmiddelen) die zijn opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS). Daarbij gaat het om bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl. (zoek in de titel op 'Regeling zorgverzekering', klik deze regeling vervolgens aan en scroll dan links onder hoofdstuk 8 naar bijlage 1 of 2)

Het Reglement Farmacie is onderdeel van deze voorwaarden. In dit Reglement staat de lijst Medicijnen van Bijlage 2 Regeling zorgverzekering.

Het Reglement Farmacie en de Lijst voorkeursgeneesmiddelen kunt u vinden op onze internetsite of telefonisch bij ons opvragen.

Waar wij het begrip "geneesmiddel(en) of medicatie" gebruiken, bedoelen wij medicijn(en) en andersom.

B.15.1.a. Medicijnen

De minister van VWS heeft het Geneesmiddelen-Vergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst met alle geregistreerde medicijnen (Bijlage 1) en geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (Bijlage 2) waar u voor verzekerd bent. Bijlagen 1 en 2 vindt u op www.wetten.overheid.nl in de Regeling zorgverzekering.

In het GVS is geregeld of een medicijn volledig vergoed wordt of dat er een wettelijke eigen bijdrage voor geldt.

Soms worden er aan een medicijn nadere voorwaarden gesteld. Bijvoorbeeld met betrekking tot de indicatie. Dit geldt voor de geregistreerde medicijnen met nadere voorwaarden (Bijlage 2) en voor de niet-geregistreerde medicijnen. Zie hiervoor het Reglement Farmacie.

Niet-geregistreerde medicijnen zijn bijvoorbeeld een apotheekbereiding (magistrale bereiding) (zie ook B.15.4.), of uit het buitenland ingevoerde medicijnen. Er moet sprake zijn van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een medicijn in de vorm die voor u geschikt is. Uit wetenschappelijk onderzoek moet zijn gebleken dat het middel werkzaam, effectief en het meest economisch is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Sommige medicijnen worden door de GVS-limiet niet volledig vergoed. Het niet vergoede deel is de wettelijke eigen bijdrage. U hebt een wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 250,- per jaar.

Voorbeeld:

Uw medicijn kost € 100,- waarvan € 25,- een eigen bijdrage is. De overige € 75,- wordt verrekend met uw eigen risico. Als u het medicijn vaker nodig hebt (en u geen andere medicijnen met een eigen bijdrage gebruikt), hebt u in totaal maximaal 10x deze eigen bijdrage: 10x € 25,- = € 250,-. Na 10x in dat jaar worden de volledige kosten van het medicijn (€ 100,-) verrekend met een eventueel nog openstaand eigen risico.

Als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt worden de al ingediende nota's naar evenredigheid herberekend en afgerond op hele euro's. U betaalt dan alleen een evenredig deel van de wettelijke eigen bijdrage voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep.

Voorbeeld van herberekening:

U bent op 1 januari bij ons verzekerd en uw verzekering eindigt op 1 maart. In die periode hebt u in totaal € 50,- aan eigen bijdragen GVS- medicijnen betaald.

- 2019 heeft 365 dagen. 1 Januari tot en met 1 maart 2019 heeft 60 dagen
- € 250,- : 365 = € 0,6849 eigen bijdrage per dag
- € 0,6849 x 60 dagen = € 41,09. Dit bedrag ronden wij af. Uw eigen bijdrage van 1 januari tot en met 1 maart is dus € 41,-.
- U hebt al € 50,- betaald. € 50,- minus € 41,- = € 9,-. U krijgt dus van ons € 9,- te rug.

- De zorg omvat niet:
 1. alternatieve (homeopathische en antroposofische) medicijnen;
 2. medicijnen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte voor een reis naar het buitenland;
 3. medicijnen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd medicijn dat niet in het GVS zit;
 4. zelfzorggeneesmiddelen en intramurale geneesmiddelen, voor zover zij volgens de Regeling zorgverzekering niet onder uw zorgverzekering vallen;
 5. medicijnen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
 6. medicijnen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 onder f van de Geneesmiddelenwet;
 7. medicijnen die op een andere manier gefinancierd worden, bijvoorbeeld vanuit een volksverzekering of overheidsfinanciering of die onder een subsidie(regeling) vallen;
 8. medicijnen waarvoor wij geen voorkeur hebben. Zie de toelichting op voorkeursgeneesmiddelen in het Reglement Farmacie en onze "Lijst voorkeursgeneesmiddelen";
 9. medicijnen die voor andere indicaties gebruikt worden dan vermeld in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Dit geldt ook als niet aan de extra voorwaarden wordt voldaan. Zie de toelichting in dit artikel onder Voorwaarden, Akkoordverklaring: Nadere voorwaarden;
 10. verzorgingsproducten en cosmetische producten zoals tandpasta's, zepen, desinfectiemiddelen, shampoos, badoliën, balsems, lotions, haargroeimiddelen en Vichy producten;
 11. bijkomende kosten zoals administratie-, import- en/of verzendkosten;
 12. vitamines en voedingssupplementen;
 13. medicijnen waarbij na falen van de (aan hulp- of verbruiksartikel gerelateerde) toedieningsvorm een beroep gedaan kan worden op fabrieksgarantie of andere tegemoetkomingregelingen;
 14. niet-geregistreerde medicijnen waaronder niet-geregistreerde allergenen;
 15. medicijnen die zijn voorgeschreven door een alternatief arts, of andere zorgverleners die niet in dit artikel worden genoemd.

Let op!

In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg en/of de wettelijke eigen bijdrage (extra) verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.15.1.b. Leveren van medicijnen en advisering

De zorg omvat het leveren van medicijnen en de advisering die hoort bij het ter handstellen, zoals apothekers die plegen te bieden.

Voor de levering van medicijnen gelden de volgende regels:

- Levering mag uitsluitend aan de verzekerde voor wie het medicijn is bestemd, zijn verzorger, of de zorgverlener die verantwoordelijk is voor de toediening;
- Als een medicijn voor een langere periode is voorgeschreven, zijn deellieferingen per week mogelijk. Dit geldt alleen als daarvoor een medische noodzaak is en niemand het medicijnbeheer van u kan overnemen.

De bijbehorende advisering omvat ten minste:

- het begeleidingsgesprek bij een nieuw medicijn (1^e uitgifte) of - als u een medicijn langer dan 12 maanden niet gebruikt hebt - een extra begeleiding bij een 2^e uitgifte van een medicijn;
- uitleg als u een medicijn gebruikt waarvoor ook een hulpmiddel nodig is;
- farmaceutische begeleiding bij poliklinisch bezoek, opname of -ontslag;

Meer informatie over advisering vindt u in het Reglement Farmacie op onze internetsite.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.

Onder deze zorg valt niet:

- voorlichting en advies bij:
 - zelfzorggeneesmiddelen (die niet vergoed worden volgens artikel B.15.3.) en
 - medicijnen ter voorkoming van ziekten bij reizen naar het buitenland;
- levering en instructie van hulpmiddelen als de bijbehorende medicijnen voor rekening van het ziekenhuis zijn;
- instructie van hulpmiddelen die nodig zijn bij medicijnen, als deze hulpmiddelen geleverd zijn door een andere zorgverlener dan een apotheker of apothekhoudend huisarts;
- de extra kosten voor het aanbieden van recepten en ophalen van medicijnen buiten reguliere openingstijden om. Deze vallen alleen onder uw zorgverzekering als sprake is van een spoedeisende situatie.

Voorwaarden

Voorkeursgeneesmiddelen

Binnen de groep onderling vervangbare geneesmiddelen, wijzen wij op basis van de laagste prijs één of meerdere middelen aan als voorkeursgeneesmiddel. U bent dan binnen deze groep alleen verzekerd voor dat voorkeursgeneesmiddel.

Er is altijd minstens één medicijn met de voorgeschreven werkzame stof in de gewenste sterkte en toedieningsweg beschikbaar voor u. Zie voor verdere toelichting het Reglement Farmacie, hoofdstuk 2.3.

Onze voorkeursgeneesmiddelen staan op de "Lijst voorkeursgeneesmiddelen". Wij kunnen deze lijst tussendoor aanpassen. Als wij dit doen plaatsen wij een bericht op onze internetsite.

Voor medicijnen die niet op de Lijst voorkeursgeneesmiddelen staan, vergoeden wij de laagste marktprijs die op dat moment geldt binnen een groep onderling vervangbare geneesmiddelen (wij noemen dit de Laagste Prijs Garantie of Prijspreferentie).

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Dit mag ook in het buitenland zijn. Hierbij geldt dat:

- de werkzame stof, dosering en toedieningsvorm van het medicijn moet zijn opgenomen in het Nederlandse GVS;
- de vergoeding plaatsvindt volgens de vergoedingslimiet die in Nederland geregeld is (zie Reglement Farmacie in hoofdstuk 3);
- de verdere voorwaarden gelden zoals benoemd in dit artikel (B.15.1.).

Medicijnen uit het buitenland

Rekeningen van medicijnen die in het buitenland zijn gekocht moeten leesbaar en volledig zijn. Staat de naam van het geneesmiddel, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Stuur dan de bijsluiter, het doosje en/of etiketten ook op (mag ook een foto zijn), samen met de rekening.

Behandelvoorstel

Algemeen

De medicijnen zijn voorgeschreven door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, arts gespecialiseerd in infectieziekten verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), medisch specialist, tandarts, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundig specialist of verloskundige (rekening houdend met hun voorschrijfbevoegdheid en hun deskundigheidsgebied). De volledige informatie

hierover vindt u op www.wetten.overheid.nl. op de titel 'beroepen individuele gezondheidszorg' en artikel 36.

Wij kunnen aanvullende voorwaarden stellen aan de soort voorschrijver.

Toelichting:

Zowel de physician assistant als de verpleegkundig specialist heeft een specifiek deskundigheidsgebied. Binnen dit gebied mogen de physician assistant en/of verpleegkundig specialist zelfstandig UR-('uitsluitend recept') medicijnen voorschrijven. De physician assistant wordt opgeleid binnen geneeskundige deelgebieden zoals anesthesiologie, cardiologie, orthopedie etc. Hij/zij mag slechts UR-medicijnen voorschrijven die binnen dit deelgebied gebruikelijk zijn. De verpleegkundig specialist wordt opgeleid binnen een specifiek specialisme. In de dagelijkse praktijk baseren de physician assistant en verpleegkundig specialist het handelen op de geldende richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen die van toepassing zijn binnen het desbetreffende deelgebied of specialisme. De physician assistant en/of verpleegkundig specialist legt in overleg met de arts (of binnen het samenwerkingsverband) vast welke UR-medicijnen binnen de reikwijdte van de voorschrijfbevoegdheid vallen en in welke situatie.

Voor welke periode mag een medicijn worden geleverd?

De zorg omvat uitsluitend de levering van medicijnen op voorschrift (behandelvoorstel) of recept. Een recept geldt voor een bepaalde periode. Hoe lang die periode is, kan per medicijn anders zijn. De leveringsperiodes die per voorschrift (behandelvoorstel) of recept gelden, zijn:

- 15 dagen of de kleinste handverpakking voor een medicijn dat nieuw voor u is;
- 15 dagen voor een medicijn ter bestrijding van plotseling optredende aandoeningen met antibiotica of chemotherapie;
- 30 dagen voor slaapmiddelen (hypnotica) en voor medicijnen die angst en onrust verminderen (anxiolytica);
- maximaal 30 dagen voor medicijnen die zijn opgenomen in de Opiumwet met uitzondering van de ADHD middelen. Hiervoor geldt een maximale aflevertermijn van 3 maanden;
- 3 maanden voor medicijnen voor de behandeling van een chronische ziekte, of tot 12 maanden als wij hierover afspraken hebben gemaakt met de apotheek;
- 12 maanden voor "de pil" (orale anticonceptiemiddelen);
- 1 maand voor medicijnen die per maand meer dan € 1.000,- kosten. Als u na een aaneengesloten periode van 6 maanden goed ingesteld

bent, mogen deze dure medicijnen per 3 maanden geleverd worden.

Als een medicijn in meerdere groepen valt, geldt de kortste periode.

Geen herhaalrecept

Voor:

- "de pil" (orale anticonceptiemiddelen) en
- insuline voor de behandeling van suikerziekte ("diabetes mellitus")

geldt geen maximale geldigheidsduur per recept. Deze medicijnen hoeft u maar 1x voorgeschreven te krijgen en vervolgens is er geen herhaalrecept nodig. Onder uw zorgverzekering valt per jaar niet meer dan voor het gebruik tijdens 12 maanden noodzakelijk is. Als het middel, de sterkte en/of het gebruik van het middel verandert, hebt u wel een nieuw recept nodig.

Akkoordverklaring

Voor sommige medicijnen uit het GVS gelden extra voorwaarden of is een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) nodig. Deze voorwaarden staan in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

In ons Reglement Farmacie vindt u de "Lijst geneesmiddelen met toetsing vooraf". Daarin kunt u per medicijn (werkzaam bestanddeel) zien wat nodig is voor de toetsing en wie de controle uitvoert.

Vooraf wordt door ons of door de zorgverlener namens ons, getoetst of u aan de voorwaarden voldoet. De minister kan de lijst in de Regeling zorgverzekering tussentijds aanpassen. Als dat gebeurt, plaatsen wij een nieuw reglement met de gewijzigde lijst op internet.

Uit het buitenland ingevoerde, niet in Nederland geregistreerde medicijnen

Overeenkomstig artikel 2.8 lid 1 onder b van het Besluit zorgverzekering geldt voor deze medicijnen dat de voorschrijver vooraf een akkoordverklaring bij ons moet aanvragen met als voorwaarde dat:

- deze bestemd moeten zijn voor een patiënt die een ziekte heeft die in Nederland niet vaker dan 1:150.000 inwoners voorkomt; en
- er geen behandeling mogelijk is met een in Nederland geregistreerd medicijn of magistrale bereiding; en
- de behandeling, preventie of diagnostiek in een voor u geschikte vorm wordt ingezet; en
- de werkzaamheid en effectiviteit bewezen moeten zijn in wetenschappelijke literatuur; en
- de behandeling het meest economisch is voor

u en de zorgverzekering.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De medicijnen zijn geleverd in de praktijk van een apothekhoudend huisarts of in een door de overheid erkende (ziekenhuis)apothek of op uw woon- of verblijfadres.

B.15.2. Medicatiebeoordeling bij chronisch medicijngebruik

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat minimaal 1x per 12 maanden een medisch en farmaceutisch noodzakelijke, periodieke evaluatie bij meervoudig chronisch medicijngebruik, een zogenaamde medicatiebeoordeling. In het Reglement Farmacie vindt u verdere toelichting.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.

Voorwaarden

Algemeen

Er wordt voldaan aan de voorwaarden die wij in het Reglement Farmacie in artikel 1.6. hebben aangegeven.

Zorgverlener

De zorg wordt uitsluitend geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts die een door ons als voldoende beoordeelde, aanvullende opleiding met goed gevolg heeft afgerond voor het uitvoeren van een medicatiebeoordeling.

Behandelvoorstel

Een apotheker, (apothekhoudend) huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist heeft vastgesteld dat de medicatiebeoordeling medisch en farmaceutisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is alleen nodig als u om andere medische of farmaceutische redenen behoefte hebt aan een medicatiebeoordeling, maar er niet wordt voldaan aan bovenstaande algemene voorwaarden.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt geleverd in de praktijk van een apothekhoudend huisarts of in een door de overheid erkende (ziekenhuis)apothek of op uw

woon- of verblijfadres.

B.15.3. Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat onderstaande medicijnen bij chronisch gebruik. Verschillende van deze medicijnen zijn ook zonder recept verkrijgbaar.

Zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers

Dit zijn medicijnen die behoren tot één van de volgende groepen:

- laxeremiddelen;
- kalktabletten;
- medicijnen bij allergie;
- medicijnen tegen diarree;
- medicijnen om de maag leeg te maken;
- kunststranen.
- maagzuurremmers inclusief medicijnen waarin een maagzuurremmer is verwerkt.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De zorg omvat niet de (zelfzorg)geneesmiddelen en maagzuurremmers die u tijdens de eerste 15 dagen gebruikt.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij (zelfzorg)geneesmiddelen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.;
- Het (zelfzorg)geneesmiddel en de maagzuurremmer is opgenomen in bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering en in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);
- De voorschrijver verwacht dat u het (zelfzorg)geneesmiddel langer dan 6 maanden gaat gebruiken om een chronische ziekte te behandelen. De voorschrijver geeft op het recept aan dat hij het middel voorschrijft voor chronisch gebruik.

Behandelvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant heeft vastgesteld dat de (zelfzorg)geneesmiddelen medisch noodzakelijk zijn voor chronisch gebruik.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring kan nodig zijn omdat zelfzorg)geneesmiddelen en maagzuurremmers mid-

delen zijn waarvoor extra voorwaarden gelden. Zie artikel B.15.1. onder Akkoordverklaring. Wij kunnen hierbij aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.15.4. medicijnen die de apotheek zelf maakt

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat medicijnen die door of in opdracht van een apotheker op kleine schaal zijn gemaakt (magistrale bereidingen).

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Uitgesloten zijn magistrale bereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan medicijnen die geregistreerd zijn.
- Een wettelijke eigen bijdrage is van toepassing als de magistrale bereiding een medicijn bevat met een wettelijke eigen bijdrage.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij medicijnen gelden de voorwaarden genoemd in artikel B.15.1.
- Het gaat om rationele farmacotherapie. Zie artikel B.15.1.a. "Medicijnen".
- Voor sommige bereidingen hebben wij aanvullende informatie nodig om te beoordelen of het gaat om rationele farmacotherapie. Meer hierover kunt u lezen in artikel 3 "Vergoeding van niet-geregistreerde medicijnen" van het Reglement Farmacie.
- De bereiding komt niet overeen met warenwetproducten.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) kan nodig zijn. Zie hiervoor artikel 3 "Vergoeding van niet-geregistreerde medicijnen" van het Reglement Farmacie.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.16. Dieetpreparaten

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat levering van (polymere, oligomere, monomere en modulaire) dieetpreparaten die als

drink- en/of sondevoeding gebruikt worden.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - voedingssupplementen en vitaminepreparaten die zonder recept verkrijgbaar zijn;
 - afslankproducten, ook niet als zij als dieetpreparaat geregistreerd zijn;
 - aangepaste voeding zoals lactosevrije kaas, glutenvrij brood, geiten- of paardenmelk en dergelijke;
 - voeding die via de bloedbaan wordt toegediend; deze wordt vergoed uit artikel B.15.1.

Voorwaarden

Algemeen

Voor dieetpreparaten gelden de volgende voorwaarden:

- Het dieetpreparaat dat aan u is voorgeschreven, is geregistreerd als dieetpreparaat en als zodanig opgenomen in de G-standaard van de Z-index (het landelijke geneesmiddelenbestand);
- Er wordt voldaan aan de voorwaarden voor dieetpreparaten die zijn omschreven in de Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering (zie ook artikel B.15.1. onder Akkoordverklaring, nadere voorwaarden):
 - U kunt niet uitkomen met aangepaste normale voeding;
 - U kunt niet uitkomen met andere producten van bijzondere voeding en u lijdt aan een stofwisselingsstoornis en/of aan een voedselallergie en/of aan een resorptiestoornis en/of aan een ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop (gemeten met een officieel vastgestelde methode);
 - U bent aangewezen op dieetpreparaten volgens de in Nederland geldende richtlijnen van de betreffende beroepsgroep.

De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

Behandelaarsvoorstel

Een jeugdarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist of een diëtist heeft vastgesteld dat de dieetpreparaten medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig in de vorm van een artsverklaring. De zorgverlener die u het dieetpreparaat voorschrijft, vult de landelijke artsverklaring in. Wij, of een zorgver-

lener waar wij een overeenkomst mee hebben, toetsen/toetst vooraf aan de hand van deze verklaring of het recept of u aan de voorwaarden voldoet. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De dieetpreparaten zijn geleverd op uw woonadres of op een andere geschikte locatie die u met de zorgverlener afspreekt.

B.17. Hulpmiddelen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

B.17.1. Algemeen

De zorg omvat verstrekking, in eigendom of bruikleen, vervanging, aanpassing of reparatie van functionerende hulpmiddelen. Ook de instructie en begeleiding bij het gebruik ervan. Functionerend wil zeggen dat de hulpmiddelen bij aflevering gebruiksklaar zijn.

Dit betreft medische hulpmiddelen die bedoeld en/of genoemd zijn in de Regeling zorgverzekering. Een aantal hulpmiddelen is concreet in de Regeling zorgverzekering genoemd. Andere hulpmiddelen niet. De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internet-site van de overheid: www.wetten.overheid.nl.

Het recht op het hulpmiddel is hier functiegericht omschreven: u bent verzekerd voor een functionerend hulpmiddel ter compensatie van de genoemde functionele beperking.

Het hulpmiddel moet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", wat inhoudt dat het hulpmiddel bewezen effectief moet zijn voor het doel waarvoor het wordt ingezet. Er geldt een uitzondering voor voorwaardelijk toegelaten zorg. In artikelen A.3.3 en B.22. leest u daar meer over.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- De zorg omvat niet:
 - kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel. Het gaat bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik en vervanging van accu's en batterijen. Deze kosten vallen wel onder uw zorgverzekering als dit in het Reglement Hulpmiddelen staat aangegeven;
 - hulpmiddelen die onder de aanspraken van

de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) vallen;

- hulpmiddelen en verbandmiddelen die worden afgeleverd en deel uitmaken van een opname of een medisch specialistische behandeling (zie hiervoor artikel B.4.);
 - hulpmiddelen die niet voldoen aan het criterium "stand van wetenschap en praktijk", tenzij het gaat om een hulpmiddel dat onder artikel B.22 valt;
 - hulpmiddelen of aanpassing van hulpmiddelen als deze uitsluitend of overwegend worden gebruikt in de werk- of onderwijsomgeving, tenzij in het Reglement Hulpmiddelen anders genoemd.
- De volgende hulpmiddelen vallen niet, of slechts onder bepaalde voorwaarden onder uw zorgverzekering. Deze kunnen wel in een aanvullende verzekering verzekerd zijn. Het gaat hierbij om:
 - Plaswekker;
 - Gezichtshulpmiddelen;
 - Steunzolen;
 - Hulpmiddelen voetzorg;
 - Thuisbewakingsmonitor;
 - ADL-hulpmiddelen;
 - Thuisverzorgingsartikelen;
 - Steunpessarium;
 - Teststrips voor mensen met diabetes waarbij er geen sprake is van toedienen van insuline;
 - Persoonsalarmering (sociale alarmering);
 - Condooms;
 - Braces en bandages;
 - Epilepsie alarmering;
 - Redressiehelm.Meer informatie hierover vindt u in hoofdstuk D.4.
 - Sommige hulpmiddelen die onder uw zorgverzekering vallen worden niet volledig vergoed. Er is bijvoorbeeld sprake van een wettelijke eigen bijdrage of een wettelijke maximumvergoeding. Dat zijn de volgende hulpmiddelen:
 - orthopedische schoenen;
 - verbandschoenen;
 - haarwerken;
 - hoortoestellen;
 - gezichtshulpmiddelen.Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen en/of in hoofdstuk D.4.

Tip

In een aanvullende verzekering is een aantal hulpmiddelen ook verzekerd. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

B.17.2. Reglement Hulpmiddelen

De hulpmiddelen bedoeld in artikel B.17.1., zijn

bij die andere zorgverzekeraar verzekerd was.

A.18.3. Mededelingen en toezeggingen

Mededelingen en toezeggingen die wij aan u doen, binden ons alleen als wij u die schriftelijk aan u hebben bevestigd. Wij gaan er vanuit dat berichtgevingen aan uw bij ons laatst bekende post- of e-mailadres u hebben bereikt. Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres door hebt gegeven.

A.18.4. Geldigheidsduur

Een akkoordverklaring is geldig:

- voor maximaal 365 dagen, tenzij uitdrukkelijk anders is aangegeven en
- op basis van de op dat moment geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden.

De akkoordverklaring is niet meer geldig als:

- de betreffende wet- of regelgeving wijzigt of
- als uw verzekering is gewijzigd of beëindigd (tenzij de ingangsdatum van het DBC-zorgproductcode binnen de looptijd van uw verzekering ligt).

A.19. Rekeningen

A.19.1. Rekeningen algemeen

- Als u recht hebt op vergoeding, betalen wij het bedrag aan u (verzekeringnemer) op het bankrekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is.
- Zorgverleners met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, kunnen hun rekeningen rechtstreeks bij ons indienen. Wij betalen dan rechtstreeks aan hen. Zie artikel A.19.3.
- Gaat u naar zorgverleners met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, dan ontvangt u van hen de rekening. Die kunt u vervolgens bij ons indienen.
- U kunt uw vordering op ons niet overdragen aan zorgverleners met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, of aan welke andere derde dan ook.
- U kunt aan zorgverleners met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, of aan welke andere derde dan ook, geen toestemming geven om namens u te declareren of voor u een betaling in ontvangst te nemen.

A.19.2. Rekeningen indienen

U kunt uw rekeningen op verschillende manieren insturen:

- via uw smartphone stuurt u ons met de door

ons ter beschikking gestelde app digitaal gefotografeerde rekeningen;

- online via uw persoonlijke pagina (in de Mijn-omgeving op onze internetsite) stuurt u ons ingescande of digitaal gefotografeerde rekeningen;
- via de post stuurt u ons uw originele rekeningen; bij uitzondering en in overleg met ons kan dit ook een kopie van de rekening zijn.

Uw zorgverlener kan de rekeningen naar ons insturen via Vecozo of Cryptshare.

Buitenlandse rekeningen

Als u zorg in het buitenland hebt gehad, hebt u mogelijk recht op vergoeding van (een deel van) rekeningen die u eerder hebt ingediend in uw woonland.

In dat geval nemen wij kopieën van de originele, buitenlandse rekeningen in behandeling. Deze kopieën stuurt u op met daarbij een verklaring van het uitvoeringsorgaan van de sociale of wettelijke verzekering van uw woonland, waaruit blijkt:

- dat (een deel van) de kosten niet voor vergoeding in aanmerking is gekomen; en
- hoe hoog het bedrag is dat voor uw rekening blijft.

Eisen aan rekeningen

Rekeningen moeten:

- betrekking hebben op daadwerkelijk plaatsgevonden behandelingen en geleverde zorg, genees- of hulpmiddelen;
- binnen 36 maanden na de datum waarop de zorg is verleend bij ons binnen zijn. Ontvangen wij uw rekening later, dan komt deze niet meer voor vergoeding in aanmerking;
- afkomstig zijn van u, of van / namens de zorgverlener of zorginstelling;
- zo gespecificeerd en vertaald zijn, dat wij deze zonder vertaling, navraag of verder onderzoek volgens de verzekeringsvoorwaarden kunnen afhandelen. Voor specificatie van rekeningen gaan wij uit van dezelfde eisen als de belastingdienst.

De zorgverlener moet in ieder geval op een rekening zetten:

- de naam van de zorgverlener;
- het adres van de zorgverlener;
- uw naam;
- de inhoud van de behandeling;
- de datum waarop of de periode waarin de behandeling heeft plaatsgevonden;
- het declaratiebedrag van de geleverde zorg;
- de naam van het medicijn, de hoeveelheid,

de sterkte en de toedieningsvorm, als u de medicijnen in het buitenland hebt gehaald. Daarnaast moet, indien van toepassing, op de rekening staan:

- het nummer waaronder de zorgverlener in het BIG-register is opgenomen en
- de AGB-code.
- voldoen aan de door de NZa gestelde specifieke eisen. Deze eisen gelden boven die van de belastingdienst;
- bij medisch specialistische zorg kosten bevatten met vermelding van de juiste DBC-zorgproductcode.

Bij vergoeding gaan wij uit van de datum van de behandeling of levering, niet van de besteldatum of de datum van de rekening.

Let op!

- Wij geven geen vergoeding op basis van offertes, voorschotnota's, herinneringen of aanmaningen.
- Door u ingestuurde rekeningen, bijlagen en bescheiden geven wij u niet terug, ook niet als u slechts een deel vergoed hebt gekregen, verrekening met eigen risico heeft plaatsgevonden of zelfs als u niets vergoed hebt gekregen. U kunt bij ons wel een gewaarmerkte kopie opvragen.
- Rekeningen van medicijnen die in het buitenland zijn verkregen moeten leesbaar (indien handgeschreven) en volledig zijn. Staat de naam van het geneesmiddel, de hoeveelheid, de sterkte en de toedieningsvorm niet volledig op de rekening? Stuur dan de bijsluiters, het doosje en/of etiketten mee op.

A.19.3. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener

Bij het aangaan van uw verzekering hebt u ons toestemming gegeven om met zorgverleners een betaalovereenkomst te sluiten. Wij kunnen onder andere afspreken dat zij alle of bepaalde rekeningen rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. U bent verplicht hieraan mee te werken. Als wij van een dergelijke zorgverlener een rekening ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u dus geacht aan ons toestemming te hebben gegeven om die rekening rechtstreeks aan die zorgverlener te betalen. Als wij de rekening aan de zorgverlener betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden. Betaling van de rekening aan de zorgverlener/zorginstelling kan ook plaatsvinden door compensatie met voorschotten die wij al aan de zorgverlener/zorginstelling hebben verstrekt.

A.19.4. Teveel vergoed aan de zorgverlener

Als wij aan de zorgverlener meer betalen dan wij volgens uw verzekering(en) zouden moeten vergoeden, dan gaan wij ervan uit dat u aan ons een volmacht tot incasso hebt gegeven voor het bedrag dat wij teveel aan de zorgverlener hebben betaald. Als u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden geen recht hebt op zorg of op minder zorg of voor een kleinere vergoeding dan het bedrag dat wij aan de zorgverlener betaald hebben, bent u verplicht ons het verschil te betalen. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen als u een (wettelijke) eigen bijdrage of eigen risico hebt of als een (wettelijke) maximumvergoeding geldt.

A.19.5. Controle van originele rekening

Als u rekeningen via internet hebt ingestuurd, moet u de papieren, originele rekeningen nog minimaal 2 jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

A.19.6. Volgorde van vergoeding

Rekeningen worden afgehandeld op volgorde van ontvangst door ons. Bij de vaststelling van de (hoogte van) vergoeding van rekeningen hanteren wij een bepaalde volgorde:

- eerst een voorliggende volksverzekering of sociale verzekering zoals de Wlz (of voorheen AWBZ), Jeugdwet of Wmo;
- vervolgens de zorgverzekering;
- dan een collectieve aanvullende verzekering die alleen kan worden gesloten voor de werknemers van het bedrijf dat of de instelling die de collectieve overeenkomst met ons heeft gesloten;
- dan een individuele aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor meerdere, verschillende soorten zorg;
- tot slot een specifieke aanvullende verzekering. Dat is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor maar één of enkele soort(en) zorg.
Bijvoorbeeld voor mondzorg of voor een luxe-arrangement in een ziekenhuis.

A.20. Tarieven

A.20.1. Omschrijving van de tarieven

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw rekening volledig vergoeden. Wij gaan uit van ver-