

Zorgverzekeraar



*Verzekeringsvoorwaarden
Turien & Co./VGZ
Zorgverzekering 2011*

Variant Natura

TURIEN & CO

ASSURADEUREN

Inhoudsopgave

I.	Trefwoordenregister	3
II.	Begripsomschrijvingen	7
III.	Algemeen gedeelte.....	9
	ARTIKEL 1. VERZEKERDE ZORG	9
	ARTIKEL 2. ALGEMENE BEPALINGEN	12
	ARTIKEL 3. PREMIE	14
	ARTIKEL 4. OVERIGE VERPLICHTINGEN	15
	ARTIKEL 5. WIJZIGING PREMIE(GRONDSLAG) EN VOORWAARDEN	16
	ARTIKEL 6. BEGIN, DUUR EN BEËINDIGING VAN DE TURIEN & CO./VGZ ZORGVERZEKERING	16
	ARTIKEL 7. VERPLICHT EIGEN RISICO	18
	ARTIKEL 8. VRIJWILLIG EIGEN RISICO	19
	ARTIKEL 9. BUITENLAND	20
	ARTIKEL 10. KLACHTEN EN GESCHILLEN	21
IV.	Zorgartikelen	23
	Geneeskundige zorg.....	23
	ARTIKEL 11. HUISARTSENZORG	23
	ARTIKEL 12. VERLOSKUNDIGE ZORG EN KRAAMZORG	24
	ARTIKEL 13. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	26
	ARTIKEL 14. REVALIDATIE.....	28
	ARTIKEL 15. ERFELIJKHEIDSONDERZOEK.....	28
	ARTIKEL 16. IN-VITROFERTILISATIE (IVF) EN OVERIGE FERTILITEITSBEVORDERENDE BEHANDELINGEN	29
	ARTIKEL 17. AUDIOLOGISCHE ZORG	30
	ARTIKEL 18. PLASTISCHE EN/OF RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE	30
	ARTIKEL 19. TRANSPLANTATIE VAN WEEFSELS EN ORGANEN.....	33
	ARTIKEL 20. DYSLEXIEZORG	33
	ARTIKEL 21. STOPPEN-MET-ROKENPROGRAMMA.....	34
	Geestelijke gezondheidszorg (GGZ).....	35
	ARTIKEL 22. EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG	35
	ARTIKEL 23. SPECIALISTISCHE GGZ.....	36
	Paramedische zorg	37
	ARTIKEL 24. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR/MENSENDIECK	37
	ARTIKEL 25. LOGOPEDIE	39
	ARTIKEL 26. ERGOTHERAPIE	39
	ARTIKEL 27. DIEETADVISING	39
	Mondzorg	40
	ARTIKEL 28. TANDHEELKUNDIGE ZORG.....	40
	ARTIKEL 29. PROTHETISCHE VOORZIENINGEN VOOR VERZEKERDEN VAN 22 JAAR EN OUDER	42
	Farmaceutische zorg.....	42
	ARTIKEL 30. GENEESMIDDELEN	42
	ARTIKEL 31. DIEETPREPARATEN.....	44
	Hulpmiddelenzorg	45
	ARTIKEL 32. HULPMIDDELEN EN VERBANDMIDDELEN.....	45
	Verblijf in een instelling	47
	ARTIKEL 33. VERBLIJF	47
	Ziekenvervoer	47
	ARTIKEL 34. AMBULANCEVERVOER EN ZITTEND ZIEKENVERVOER.....	47
	Zorgbemiddeling.....	49
	ARTIKEL 35. ZORG- EN WACHTLIJSTBEMIDDELING	49

I. Trefwoordenregister

Omschrijving Pagina	Artikelnummer	
A		
Algemene bepalingen	2	12
Ambulancevervoer	34	47
Apotheekhoudend huisarts	30, 31	43, 45
Apotheker	30, 31	43, 45
Arts	22	35
Audiologisch centrum, audiologische zorg	17	30
Auto, vervoer met eigen	34	48
AWBZ, AWBZ-instelling	34	47
B		
Begin, duur en beëindiging van de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering	6	16
Begripsomschrijvingen	Hfd. II	7
Bekkenfysiotherapeut	24	38
Bemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	35	49
Bevalling	12	24
Bijzondere tandheelkunde	28.2	40
Buitenland	9	20
C		
Centrum voor bijzondere tandheelkunde	28.2	41
Centrum voor erfelijkheidsadvies	15	28
Cesar/Mensendieck, oefentherapie	24	37
Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	28.3	41
Chronisch intermitterende beademing	13	26
Circumcisie	13	26
Cognitief therapeut	22	36
Collectieve overeenkomst	3, 6	14, 17
Coöperatie	2	14
Counseling	12	24
D		
Dieetadvisering, diëtist	27	39
Dieetpreparaten	31	44
DNA-onderzoek	15	28
Donor	19	33
Dyslexiezorg	20	33
E		
Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico	7, 8	18, 19
Eerstelijnspsychologische zorg, eerstelijnspsycholoog	22	35
Erfelijkheidsonderzoek, centrum voor erfelijkheidsadvies	15	28
Ergotherapeut, ergotherapie	26	39
EU- (Europese Unie) en EER-lidstaat	9	20

Omschrijving	Artikelnummer	
Pagina		
F		
Farmaceutische zorg, geneesmiddelen en dieetpreparaten	30, 31	42, 44
Fertiliteitbevorderende behandelingen en in-vitrofertilisatie (IVF)	16	29
Fraude	2.4	13
Fysiotherapeut	24	37
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck	24	37
G		
Gebitsprothese	29	42
Gedragstherapeut	22	36
Gehoorapparatuur	17	30
Gehoornfunctie, onderzoek	17	30
Geneeskundige zorg	11 t/m 21	23 t/m 35
Geneesmiddelen	30	42
Geschillen, klachten en geschillen	10	21
Gezondheidszorgpsycholoog	20	34
GGZ	22, 23	35, 37
GGZ, instelling	23	37
H		
Huidtherapeut	24	38
Huisarts, huisartsenzorg	11	23
Hulpmiddelen, hulpmiddelenzorg	32	45
I		
ICSI	16	29
Implantaten	28	40
Instelling	33	47
In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	16	29
K		
Kaakchirurg, kaakchirurgie	28.3	41
Kinderfysiotherapie, -therapeut	24	38
Kinder- en jeugdpsycholoog	22	35
Klachten en geschillen	10	21
Klinisch psycholoog	23	36
Kraamzorg	12	25
L		
Logopedie, logopedist	25	39
M		
Manuele therapie, manueel therapeut	24	38
Medicijnen, zie geneesmiddelen	30	42
Medisch specialistische zorg, medisch specialist	13	26
Mensendieck, oefentherapie	24	37
Mondhygiënist	28.1	40
Mondzorg	28	40, 41, 42

Omschrijving	Artikelnummer	
Pagina		
O		
Oedeemtherapie, oedeemtherapeut	24	38
Oefentherapie, oefentherapeut Cesar/Mensendieck	24	37
Optometrist	13	27
Orgaantransplantatie	19	33
Orthodontische zorg, orthodontist	28.2	40
Orthoptist	13	27
Orthopedagoog-generalist	20	34
Overige verplichtingen	4	15
Overzicht vrijstelling eigen risico	2, 7.3	12, 19
P		
Paramedische zorg	24 t/m 27	37 t/m 39
Persoonsgebonden budget (PGB) eerstelijnspsychologische zorg	22	35
Plastische en/of reconstructieve chirurgie	18	30
Preconceptiezorg	11, 12	23, 24
Premie	3	14
Premie(grondslag) en voorwaarden	3, 5	14, 16
Prenatale screening	12	24
Prothetische voorzieningen	28.1, 29	40, 42
Psychiater/zenuwarts	23	36
Psychotherapeut	23	37
R		
Reglement farmaceutische zorg VGZ	2.3, 7.2, 30	12, 18, 42
Reglement hulpmiddelen VGZ	2.3, 32	12, 45
Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg VGZ	2.3, 22	12, 35
Revalidatie, revalidatie instelling	14	28
S		
Second opinion door een medisch specialist	13	26
Seksuoloog	22	36
Specialist, medisch, medisch specialistische zorg	13	26
Specialistische GGZ	23	36
Sterilisatie	13	26
Stoppen met roken, begeleiding bij het	11, 21	23, 34
Stottertherapeut	25	39
Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	12	24
T		
Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar	28.1	40
Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen	28.2	40
Tandprotheticus	28.1, 29	40, 42
Taxivervoer	34	48
Thuisdialyse	13	26
Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland	9	21
Transplantatie van weefsels en organen	19	33
Trombosedienst	13	26

Omschrijving	Artikelnummer	
Pagina		
U		
Uitsluitingen	1.11	11
V		
Vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	9	20
Verblijf, verblijf in een instelling	33	47
Verdragsland	9	20
Verloskamer	12	24
Verloskundige zorg, verloskundige	12	24
Verpleegkundige	11, 13	23, 26
Verplichtingen, overige	4	15
Vervoer, zie ziekenvervoer	34	47
Verwijzing, voorschrift of toestemming	1.9	10
Verwijzing en/of toestemmingsvereiste, buitenland	9	21
VGZ Gezondheidslijn	11	23
VGZ Hulpdienst	9	20
W		
Wachtnlijstbemiddeling, Zorg- en wachtlijstbemiddeling	35	49
Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden	5	16
Z		
Ziekenhuis	12,13,14,19,33	24,26,28,33,47
Ziekenvervoer, ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer	34	47
Zorgbemiddeling, zorg- en wachtlijstbemiddeling	35	49
Zorgpolis	2.1	12

II. Begripsomschrijvingen

AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

AWBZ-instelling: een als zodanig toegelaten instelling waarin de verzekerde voor rekening van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering gesloten tussen Turien & Co. Assuradeuren en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een Turien & Co./VGZ Zorgverzekering en eventuele Turien & Co./VGZ aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medische specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 365 dagen.

Eigen bijdrage: een vastgesteld bedrag/aandeel op de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanspraken op (vergoeding van de kosten van) zorg, welke u zelf dient te dragen alvorens recht bestaat op (vergoeding van de kosten van) het resterende deel van de zorg.

Eigen risico:

1. verplicht eigen risico: een bedrag aan kosten van zorg of overige diensten als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat voor uw rekening blijft;
2. vrijwillig eigen risico: een door u als verzekeringnemer met Turien & Co. Assuradeuren als onderdeel van de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, als bedoeld bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, dat u voor uw rekening zult nemen.

Europese Unie en EER-lidstaat: hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjecho, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. Ook worden hieronder verstaan de EER-landen (lidstaten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte): Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Fraude: het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, verzwijging van feiten die voor de uitvoering van de verzekering van belang kunnen zijn, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instellingen: instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren, en als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Instelling:

1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens Turien & Co./VGZ voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

Turien & Co. Assuradeuren: de gevolmachtigde agent aan wie door VGZ Zorgverzekeraar NV volmacht als bedoeld in artikel 1 sub o van de Wet financiële dienstverlening (Wfd) is verleend ter zake uitvoering van de zorgverzekeringen.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland: een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, 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 (voor vakantie/tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verzekerde: degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door Turien & Co./VGZ, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met Turien & Co./VGZ een zorgverzekering heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Verzekeringsplichtige: degene die op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Verzekeringsvoorwaarden Turien & Co./VGZ Zorgverzekering / verzekeringsvoorwaarden: de modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1j van de Zorgverzekeringswet van Turien & Co./VGZ.

Turien & Co./VGZ Zorgverzekering: een tussen Turien & Co. Assuradeuren namens de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten zorgverzekering.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Zelfstandig behandelcentrum: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is geen verblijf van 24 uur of langer toegestaan voor behandelingen waarvan de betreffende DBC onder het A-segment valt.

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorg: zorg of overige diensten.

Zorgpolis: de akte waarin de tussen de verzekeringnemer en Turien & Co./VGZ gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

Zorgverzekeraar VGZ: VGZ Zorgverzekeraar N.V., gevestigd in Arnhem en statutair gevestigd in Nijmegen, KvK-nummer: 09156723. Zorgverzekeraar VGZ is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000666. Zorgverzekeraar VGZ is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt Turien & Co./VGZ aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.

III. Algemeen gedeelte

ARTIKEL 1. VERZEKERDE ZORG

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De Turien & Co./VGZ Zorgverzekering is een naturaverzekering. Dit betekent dat u recht hebt op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook hebt u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

De afdeling Zorgadvies en bemiddeling van Turien & Co./VGZ adviseert u in welke instelling (bijvoorbeeld ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum) of bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag het beste terecht kunt. Ook als u te maken hebt met onacceptabel lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en bemiddeling van Turien & Co./VGZ.

1.2. Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Door wie mag de zorg worden verleend

De zorg in natura wordt verleend door een door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieder. De vergoeding van de kosten van zorg vindt rechtstreeks aan de betreffende zorgaanbieder plaats op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Een overzicht van de door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieders kunt u raadplegen via www.turien.nl of telefonisch opvragen. Het telefoonnummer kunt u vinden rechtsboven op uw polisblad. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven.

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. Voor veel zorgaanbieders zijn deze eisen wettelijk vastgelegd en is de medische titel beschermd. Dit geldt bijvoorbeeld voor een huisarts, medisch specialist, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut en tandarts. Voor de zorgaanbieders waarvoor deze voorwaarden niet in de wet zijn vastgelegd of waarvoor wij aanvullende voorwaarden hebben gesteld, kunt u in het betreffende zorgartikel terugvinden aan welke eisen de zorgaanbieder moet voldoen.

Met sommige leveranciers heeft VGZ specifieke afspraken gemaakt. Dit zijn de voorkeursleveranciers. Daar waar sprake is van voorkeursleveranciers wordt dit in het betreffende zorgartikel aangegeven, zie hoofdstuk II, Zorgartikelen.

Zorgverzekeraar VGZ maakt met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder die geen contract met ons heeft afgesloten, houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

1.4. Hoogte vergoeding voor zorg verleend door een niet gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie VGZ geen overeenkomst heeft gesloten? Als u voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2011, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerde tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. U kunt de maximale vergoedingen raadplegen op de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders VGZ 2011. Deze lijst kunt u vinden op www.turien.nl of telefonisch opvragen. Het telefoonnummer kunt u vinden rechtsboven op uw polisblad.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. U moet Turien & Co./VGZ zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.

1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen de nota's rechtstreeks naar Turien & Co./VGZ. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota opsturen; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding Turien & Co./VGZ is gehouden. Op de vergoeding worden een eigen risico en een eventuele wettelijke eigen bijdrage in mindering gebracht. U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.

Voor de administratieve afhandeling is het in uw en ons belang om nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen bij Turien & Co./VGZ. Denk bijvoorbeeld aan de verrekening van een openstaand eigen risicobedrag of geldende eigen bijdrage.

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, hebt u recht op zorgbemiddeling. Turien & Co./VGZ kan u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. De kosten worden dan vergoed tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaat Turien & Co./VGZ uit van:

- medisch inhoudelijke factoren;
- algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

Turien & Co./VGZ heeft het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Hiermee vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als Turien & Co./VGZ rechtstreeks aan de zorgaanbieder betaalt, wordt er geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen brengt Turien & Co./VGZ later bij u als verzekeringnemer in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Turien & Co./VGZ kan deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. U kunt dit in het betreffende zorgartikel terugvinden. Als een verwijzing of voorschrift nodig is, kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die in het artikel wordt genoemd. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

Als toestemming nodig is, hebt u voor de zorg voorafgaande toestemming nodig van Turien & Co./VGZ. Deze toestemming wordt ook wel machtiging genoemd.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie VGZ een overeenkomst heeft gesloten?

Als de zorg wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, beoordeelt hij voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige zorg is afgesproken dat wij zelf de aanvraag beoordelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder de aanvraag naar ons door.

Als u om privacyoverwegingen uw aanvraag niet door uw zorgaanbieder wilt laten afhandelen, dan kunt u uw aanvraag ook rechtstreeks bij Turien & Co./VGZ indienen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie VGZ geen overeenkomst heeft gesloten?

Maakt u gebruik van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

Een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande toestemming is niet nodig voor acute zorg, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

1.10. Ontlenen recht

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de behandeling of levering tijdens de looptijd van de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering plaatsvindt. Als een behandeling in twee kalenderjaren plaatsvindt en de zorgaanbieder hiervoor één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), worden deze kosten vergoed als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering.

Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven werkelijke behandeldatum of datum van levering bepalend.

1.11. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen;
- vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van Turien & Co./VGZ door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen of eigen risico, verschuldigd op grond van de zorgverzekering of de AWBZ, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van handelen of nalaten van Turien & Co./VGZ;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

1.12. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg.

De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is.

De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als Turien & Co./VGZ na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgt, dan hebt u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Na de aanslagen van 11 september 2001 in Amerika, is duidelijk geworden hoeveel schade terroristische aanslagen in werkelijkheid kunnen aanrichten. Een grootschalige aanslag in Nederland zou kunnen betekenen dat het aantal schadeclaims zo groot is dat ze niet allemaal kunnen worden uitbetaald.

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij Terrorisme (NHT) opgericht. Ook Turien & Co./VGZ is hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol Afwickelen schadeclaims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade.

Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

ARTIKEL 2. ALGEMENE BEPALINGEN

2.1. Grondslag van de verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u Turien & Co./VGZ schriftelijk hebt doorgegeven.

Na het sluiten van de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. Werkgebied

De Turien & Co./VGZ Zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die woonachtig zijn in Nederland of in het buitenland.

Zorgverzekeraar VGZ is een landelijk werkende verzekeraar. Zo lang u in Nederland woont, onder de rechten van de AWBZ valt of in Nederland loonbelasting betaalt, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een in het buitenland wonende verzekeringsplichtige heeft recht op deze verzekering.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden. Het gaat om de volgende documenten:

- bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- het Clausuleblad terrorismedekking;
- premiebijlage;
- Reglement farmaceutische zorg VGZ;
- Reglement hulpmiddelen VGZ;
- Reglement persoonsgebonden budget eerstelijns psychologische zorg VGZ;
- overzicht gecontracteerde zorgaanbieders;
- Overzicht vrijstelling eigen risico;
- het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling.

Deze documenten kunt u vinden op www.turien.nl of telefonisch opvragen. Het telefoonnummer kunt u vinden rechtsboven op uw polisblad.

2.4. Fraude

Als u fraude pleegt, vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U hebt ook geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg waarin geen fraude is geconstateerd (zogenaamde partiële fraude). Turien & Co./VGZ vordert uitgekeerde vergoedingen bij u terug.

Fraude heeft tot gevolg dat Turien & Co./VGZ uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplachtige of medepleger registreert in het Turien & Co./VGZ Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en wordt beheerd door de afdeling Veiligheidszaken van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'.

Ook kan Turien & Co./VGZ uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplachtige en medepleger registreren:

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in de, tussen financiële instellingen erkende, in- en externe signaleringssystemen, het interne verwijzingsregister (IVR) en het externe verwijzingsregister (EVR).

Turien & Co./VGZ kan van de fraude ook aangifte doen bij politie, justitie en/of FIOD-ECD.

Zorgverzekeraar VGZ is een onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias'.

Fraude in verband met een verzekering bij Turien & Co./VGZ heeft tot gevolg dat uw zorgverzekering(en) worden beëindigd en dat Turien & Co./VGZ gedurende een periode van vijf jaar kan weigeren een nieuwe zorgverzekering met u te sluiten. Uw aanvullende zorgverzekering(en) en binnen de Turien & Co./VGZ organisatie lopende (schade) verzekeringen kunnen worden beëindigd. U kunt gedurende een periode van acht jaar geen schadeverzekeringen sluiten binnen 'Univé-VGZ-IZA-Trias'. Onder deze schadeverzekeringen vallen ook de aanvullende zorgverzekering(en).

Turien & Co./VGZ kan de noodzakelijk gemaakte onderzoekskosten bij u terugvorderen.

2.5 Bescherming persoonsgegevens

Turien & Co./VGZ neemt uw privacy serieus. Uw persoonsgegevens zijn nodig voor het aangaan en uitvoeren van de verzekeringen en worden opgenomen in de persoonsregistratie van Turien & Co./VGZ. Persoonsgegevens worden ook gebruikt voor het voorkomen en bestrijden van fraude. Op de registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. U kunt deze gedragscode inzien op www.turien.nl of telefonisch opvragen. Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad.

Vanaf de ingangsdatum van de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering mogen wij:

- aan derden (zoals zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen en geven als wij dit nodig vinden om de verplichtingen uit de zorgverzekering te kunnen nakomen;
- uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie.

Turien & Co./VGZ zal in de communicatie met uw zorgaanbieders uw BSN gebruiken.

Wij nemen hierbij de privacywetgeving in acht.

Als Turien & Co./VGZ uw rekeningen rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangt en aan hen betaalt, wordt uw Turien & Co./VGZ Zorgverzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij Turien & Co./VGZ Zorgverzekering bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Door het afsluiten van deze verzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ-IZA-Trias-Groep U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie is onderdeel van 'Univé-VGZ-IZA-Trias' en behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Interpretatie

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze verzekeringsvoorwaarden. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit de wet- en regelgeving, inclusief de wetsgeschiedenis bepalend.

2.10. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ingeval van strijdigheid van het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde met de bepalingen van deze overeenkomst, gaat hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet voor.

2.11. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 3. PREMIE

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een in de collectieve overeenkomst overeengekomen collectiviteitskorting.

De premiegrondslag en de premiekortingen vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. De premiebijlage kunt u vinden op www.turien.nl of telefonisch opvragen. Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad. De voor u geldende premiegrondslag en premiekortingen vindt u op uw polisblad.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.2.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premiegrondslag.
- 3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals afgesproken in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. Voor een verzekerde is tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie verschuldigd. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekent Turien & Co./VGZ de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld:

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

- 3.4.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.4.2. Voor betaling per acceptgiro brengen wij per acceptgiro € 0,50 kosten in rekening.
- 3.4.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en overige kosten. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en overige verschuldigde kosten is gemaximeerd tot € 250,- per maand. Voor bedragen boven de € 250,- sturen wij u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.5. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een van Turien & Co./VGZ te ontvangen bedrag.

3.6. Niet-tijdig betalen

- 3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet-tijdig betaalt, stuurt Turien & Co./VGZ u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kan Turien & Co./VGZ de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgende op de dag waarop Turien & Co./VGZ het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten heeft ontvangen. Turien & Co./VGZ heeft het recht bij niet tijdige betaling de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.6.2. Turien & Co./VGZ kan administratiekosten, (buiten-)gerechtelijke incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.
- 3.6.3. Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft Turien & Co./VGZ u bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.6.4. Turien & Co./VGZ heeft het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.
- 3.6.5. Als Turien & Co./VGZ de verzekering wegens niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie beëindigt, heeft Zorgverzekeraar VGZ het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.6.6. Als u een betalingsachterstand hebt van zes of meer maandpremies, meldt Turien & Co./VGZ u aan bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Na de aanmeldingsbevestiging van het CVZ, bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie aan het CVZ te betalen. Het CVZ int deze premie totdat u alle verschuldigde bedragen inclusief incassokosten hebt betaald.

ARTIKEL 4. OVERIGE VERPLICHTINGEN

U bent verplicht:

- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Turien & Co./VGZ;
- medewerking te verlenen aan de medisch adviseur of medewerkers van Turien & Co./VGZ, die met controle zijn belast tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die nodig is voor de uitvoering van de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering;
- Turien & Co./VGZ te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en Turien & Co./VGZ in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van Turien & Co./VGZ. U moet zich onthouden van handelingen waardoor de belangen van Turien & Co./VGZ kunnen worden geschaad;

- Turien & Co./VGZ zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, draagt Turien & Co./VGZ geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en de belangen van Turien & Co./VGZ worden hierdoor geschaad, kan Turien & Co./VGZ uw recht op de verzekerde zorg schorsen.

ARTIKEL 5. WIJZIGING PREMIE(GRONDSLAG) EN VOORWAARDEN

5.1. Wijziging voorwaarden

Zorgverzekeraar VGZ heeft het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Turien & Co./VGZ zal u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren.

Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als Zorgverzekeraar VGZ de voorwaarden en/of premiegrondslag van de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering in uw nadeel wijzigt, kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld de overeenkomst opzeggen. Dit opzeggingsrecht hebt u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zorgverzekeringswet gestelde regels.

ARTIKEL 6. BEGIN, DUUR EN BEËINDIGING VAN DE TURIEN & CO./VGZ ZORGVERZEKERING

6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop Turien & Co./VGZ uw aanvraag(formulier) ontvangt. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Door een zorgverzekering bij Turien & Co./VGZ aan te vragen, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen.
- 6.1.2. Het is mogelijk dat Turien & Co./VGZ niet uit uw aanvraag kan afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vraagt Turien & Co./VGZ u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. De Turien & Co./VGZ Zorgverzekering gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.
- 6.1.3. Als u al een andere zorgverzekering hebt op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, gaat de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering in op de door u aangegeven latere datum.
- 6.1.4. Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. U moet zich dan binnen een maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.
- 6.1.5. Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, gaat de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering in op dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

Voorbeeld:

U bent verplicht uw kind binnen vier maanden na de geboorte te verzekeren, zodat uw kind vanaf de datum van geboorte is verzekerd.

- 6.1.6. De Zorgverzekeringswet kent een verzekeringsplicht. Onverzekerden riskeren een boete. Turien & Co./VGZ Zorgverzekering handelt bij het opleggen van een boete in overeenstemming met de bepalingen van paragraaf 9.3 van de Zorgverzekeringswet.

6.2. Einde van rechtswege

De Turien & Co./VGZ Zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- Turien & Co./VGZ door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

U als verzekeringnemer bent verplicht Turien & Co./VGZ zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht niet-tijdig meedeelt en Turien & Co./VGZ kosten van zorg betaalt aan een zorgaanbieder, zal Turien & Co./VGZ deze kosten bij u (terug)vorderen.

Als Turien & Co./VGZ vaststelt dat de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering is geëindigd, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.3. Wanneer kunt u de verzekering opzeggen?

6.3.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat Turien & Co./VGZ uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar heeft ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw Turien & Co./VGZ Zorgverzekering opzeggen op voorwaarde dat Turien & Co./VGZ uw opzegging uiterlijk op 31 december heeft ontvangen. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

6.3.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- van een andere verzekerde, als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat Turien & Co./VGZ de opzegging heeft ontvangen;
- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- als u bij Turien & Co./VGZ deelnemer bent aan een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever. U kunt de zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indiensttreding.

6.3.3. U kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.1 en 6.3.2 ook gebruik maken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars.

6.3.4. U kunt de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering niet opzeggen als er sprake is van een betalingsachterstand en Turien & Co./VGZ u hiervoor een aanmaning heeft gestuurd. U kunt de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering wel opzeggen als Turien & Co./VGZ de dekking heeft geschorst of binnen twee weken uw opzegging bevestigt.

6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Turien & Co./VGZ kan de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet-tijdig betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4.);
- bij het opzettelijk niet, niet-volledig of onjuist verstrekken van voor de uitvoering van de verzekering relevante inlichtingen of stukken aan Turien & Co./VGZ die tot nadeel voor Turien & Co./VGZ (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet Turien & Co./VGZ te misleiden of als Turien & Co./VGZ geen zorgverzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In dat geval kan

Turien & Co./VGZ binnen twee maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering opzeggen. Turien & Co./VGZ is in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kan de uitkering verminderen. Turien & Co./VGZ kan de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. Bewijs van einde

Als de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering eindigt, ontvangt u als verzekeringnemer een bewijs van einde met de volgende informatie:

- uw naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
- de dag waarop de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering eindigt;
- of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag;
- de reden, als deze is dat de verzekeringsplicht eindigt.

Als de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering voor een andere verzekerde dan de verzekeringnemer eindigt, stuurt Turien & Co./VGZ het bewijs van einde naar deze verzekerde.

ARTIKEL 7. VERPLICHT EIGEN RISICO

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 170,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.
Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;
- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (zogenaamde zorgprogramma's);
- verloskundige zorg en kraamzorg.
Houdt u er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, vlokkentest of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico;
- de door Zorgverzekeraar VGZ aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg VGZ;
- de door Zorgverzekeraar VGZ gecontracteerde zorgaanbieders voor het stoppen-met-rokenprogramma als u dit programma volledig hebt afgerond;
- hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 19, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

Zorgprogramma's zijn speciaal ontwikkeld om de zorg voor chronisch zieken kwalitatief beter en doelmatiger te organiseren. Het doel van deze aanpak is dat zorgaanbieders nauwer met elkaar samenwerken, zodat de zorg die u als patiënt nodig hebt beter op elkaar wordt afgestemd tussen de verschillende zorgaanbieders. Zorgverzekeraar VGZ contracteert zorggroepen voor onder andere de zorgprogramma's diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte; dit is een verzamelnaam voor de longaandoeningen chronische bronchitis en longemfyseem) en cardiovasculair risicomangementment. Een lijst van gecontracteerde zorggroepen, de vergoedingsmogelijkheden en welke zorgprogramma's zijn vrijgesteld van het verplicht en vrijwillig eigen risico kunt u vinden op www.turien.nl of telefonisch opvragen. Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad.

7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet

Zorgverzekeraar VGZ heeft de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen.

Deze informatie is opgenomen in het Overzicht vrijstelling eigen risico. U kunt dit overzicht vinden op www.turien.nl of telefonisch opvragen. Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad.

7.4. Berekeningswijze hoogte verplicht eigen risico

Als de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan wordt het eigen risico als volgt berekend:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de Turien \& Co./VGZ Zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

De Turien & Co./VGZ Zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het eigen risico is:

€ 170,- x 30 gedeeld door 365 is € 13,97 en wordt afgerond op € 14,-.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

ARTIKEL 8. VRIJWILLIG EIGEN RISICO

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen uit een Turien & Co./VGZ Zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting is vermeld op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico is van toepassing op de dezelfde zorgvormen zoals vermeld in artikel 7.2.

8.3. Berekeningswijze hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering niet eindigt of start op 1 januari, dan wordt het vrijwillig eigen risico als volgt berekend:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de Turien \& Co./VGZ Zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

U hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-. De Turien & Co./VGZ Zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar bestaat uit 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100,- x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8,-. Het verplicht eigen risico is € 170,- x 30 gedeeld door 365 is € 13,97 en wordt afgerond op € 14,-. Het totale eigen risico bedraagt € 22,- (€ 14,- verplicht eigen risico en € 8,- vrijwillig eigen risico).

8.3.2. Als de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij Turien & Co./VGZ had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:

- ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is;
- som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
- uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet Turien & Co./VGZ de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk doorgeven.

8.5. Berekening vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het te dragen vrijwillig eigen risicobedrag is dezelfde bepaling van toepassing als genoemd in artikel 7.5.

ARTIKEL 9. BUITENLAND

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet-tijdig kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kan Turien & Co./VGZ de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, kunt u een European Health Insurance Card (EHIC of Europese gezondheidskaart) aanvragen. Hiermee hebt u recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt een EHIC ook aanvragen als u naar Australië gaat. In Australië hebt u hiermee recht op spoedeisende medische zorg. U kunt een EHIC aanvragen via www.turien.nl of telefonisch opvragen. Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

De kosten in het buitenland zijn vaak hoger dan de kosten van een behandeling in Nederland. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen hebt u voor het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, voorafgaande toestemming van Turien & Co./VGZ nodig. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht.

Dit toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.

Bij zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht moet u (laten) bellen met de VGZ Hulpdienst, telefoonnummer +31 (0)70 314 53 80 (+ = internationaal toegangsnummer).

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).

ARTIKEL 10. KLACHTEN EN GESCHILLEN

10.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan het Klachtenbureau

10.1.1. U kunt er van uit gaan dat Turien & Co./VGZ alles rond uw zorgverzekering goed regelt. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Turien & Co./VGZ staat open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht voorleggen aan het Klachtenbureau, Antwoordnummer 618, 1800 VB Alkmaar (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via www.turien.nl. Het Klachtenbureau handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht.

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waar u ontevreden over bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

10.1.2. U ontvangt van Turien & Co./VGZ binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over formulieren van Turien & Co./VGZ

10.2.1. Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan het Klachtenbureau, Antwoordnummer 618, 1800 VB Alkmaar (een postzegel is niet nodig). Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via www.turien.nl.

10.2.2. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: informatielijn@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

IV. Zorgartikelen

Geneeskundige zorg

ARTIKEL 11. HUISARTSENZORG

Omschrijving

U hebt recht op:

1. geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en hierbij behorend laboratoriumonderzoek Hieronder wordt ook verstaan gezondheidsadvisering, begeleiding bij het stoppen met roken en preconceptiezorg.

Onder begeleiding bij het stoppen met roken worden eenmalige korte stopadviezen verstaan.

Onder preconceptiezorg wordt in deze verzekeringsvoorwaarden verstaan:

- adviezen voor gezonde voeding;
 - advies over inname van foliumzuur;
 - advies over inname van vitamine D;
 - adviezen over het stoppen met roken, alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren;
 - adviezen over geneesmiddelengebruik;
 - adviezen voor behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties;
 - adviezen over infectieziekten en vaccinaties;
 - het opsporen van risico's aan de hand van uw ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling als u (nog) niet zwanger bent;
2. medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundig domein, waarover VGZ met uw huisarts afspraken hebben gemaakt. Voorbeelden van deze zorg zijn:
 - (kleine) chirurgische verrichtingen;
 - ECG-diagnostiek (hartfilmpje);
 - longfunctiemeting (spirometrie);
 - dopplersonderzoek (onderzoek van de bloedstroom in de vaten, slagaders en aders);
 - MRSA-screening (screening op Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus);
 - audiometrie (onderzoek van het gehoor);
 - het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel. Bent u 21 jaar of ouder? Dan hebt u geen recht op vergoeding van het anticonceptiemiddel;
 - het inspuiten van spataderen (varices sclerosering);
 - therapeutische injecties;
 - allergietest.

Door

Huisarts of derden die medisch bevoegd zijn. Onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts mag deze zorg ook worden verleend door een doktersassistente, maatschappelijk werker, nurse practitioner, physician assistant (PA) of praktijkondersteuner.

De gezondheidsadvisering zoals genoemd onder omschrijving, punt 1, mag ook plaatsvinden door de VGZ Gezondheidslijn.

Hebt u een vraag over uw gezondheid, dan kunt u daarvoor terecht bij uw huisarts, maar u kunt ook de VGZ Gezondheidslijn bellen. De VGZ Gezondheidslijn is een medische advieslijn. U overlegt telefonisch met een ervaren verpleegkundige. Met behulp van een aantal gerichte vragen bepaalt deze verpleegkundige de ernst van uw klachten en geeft u vervolgens een advies. Dit gebeurt eventueel in samenspraak met een huisarts. Dit advies kan variëren van een zelfzorgadvies ('u kunt het beste een paracetamol nemen') tot 'ga direct naar de huisarts'. De VGZ Gezondheidslijn is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar voor gezondheidsadvisering. Telefoonnummer 0900 - 2 123 123 (€ 0,10/min). Zorgverzekeraar VGZ vindt gezondheid erg belangrijk. Op www.gezondvgz.nl vindt u een schat aan duidelijke en medische betrouwbare informatie, toegespitst op gezondheid en levensstijl.

ARTIKEL 12. VERLOSKUNDIGE ZORG EN KRAAMZORG

12.1. Verloskundige zorg

Omschrijving

U hebt recht op verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis plaatsvindt.

Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg:
als u een kindervens hebt, kunt u gebruik maken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan;
- Counseling:
Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, hebt u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weken echo;
- Combinatietest:
U kunt met de combinatietest laten onderzoeken hoe groot de kans is op een kind met Downsyndroom. De combinatietest bestaat uit twee onderzoeken:
 1. een bloedonderzoek tussen week 9 en 14 van de zwangerschap;
 2. de nekplooiemeting via een echo, die gemaakt wordt tussen week 11 en 14 van de zwangerschap.U hebt recht op de combinatietest als u een medische indicatie hebt of als u 36 jaar of ouder bent;
- Twintig-weken echo (SEO):
Met de twintig-weken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

Door

Verloskundige, huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde of medisch specialist.

De combinatietest en de twintig-weken echo mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) of door een zorgaanbieder, die een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum voor Prenatale Screening. Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren.

Welke verloskundige zorg is opgenomen in uw Turien & Co./VGZ Zorgverzekering?

Omschrijving

Opgenomen in uw Turien & Co./VGZ Zorgverzekering?

Bevalling thuis of in een kraamzorghotel

Ja

(Poli)klinische bevalling, zonder medische noodzaak

€ 192,- per dag (€ 223,- minus € 31,- voor de eigen bijdrage kraamzorg in het ziekenhuis).
In het rekenvoorbeeld dat opgenomen is in artikel 12.2, Kraamzorg, vindt u hoe dit bedrag is opgebouwd.

(Poli)klinische bevalling, met medische noodzaak

Ja

Het bedrag dat voor uw eigen rekening komt, krijgt u mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleeg voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

12.2. Kraamzorg

Omschrijving

U hebt recht op verzorging zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende maximaal 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Door

Gediplomeerde kraamverzorgende of verpleegkundige die als kraamverzorgende werkt, verbonden aan een kraamcentrum, kraamzorghotel of ziekenhuis.

Een kraamzorghotel is een organisatie voor het leveren van kraamzorg ter vervanging van kraamzorg in de thuissituatie.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van:

- € 3,90 per uur voor kraamzorg thuis of bij een verblijf in een kraamzorghotel. Voor een kraamzorghotel wordt voor de eigen bijdrage maximaal 8 uur per dag gerekend;
- € 15,50 per dag voor zowel moeder als kind bij een bevalling in een ziekenhuis, zonder dat dit medisch noodzakelijk is. Naast de eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het ziekenhuistarief en de maximale vergoeding van € 111,50 per dag voor zowel moeder als kind.

Rekenvoorbeeld:

Als u in het ziekenhuis bevalt zonder dat dit medisch noodzakelijk is, hebt u recht op de volgende vergoeding voor moeder en kind samen:

Maximale vergoeding is 2 x € 111,50 is: € 223,- per dag

Af: Eigen bijdrage is 2 x € 15,50 is: € 31,- per dag

Vergoeding vanuit de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering is: € 192,- per dag

Dit betekent dat u het verschil tussen de kosten die het ziekenhuis in rekening brengt en de maximale vergoeding van € 192,- per dag zelf moet bijbetalen.

Bijzonderheden

1. Wij stellen het aantal te realiseren zorguren vast aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U hebt recht op ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over maximaal 10 dagen. Het kraamcentrum indiceert de benodigde uren. U kunt dit protocol vinden op www.vgz.nl of telefonisch opvragen: telefoonnummer 0900 - 22 43 444 (€ 0,10/min).
2. Voor iedere dag ziekenhuisopname waarin kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, brengt Turien & Co./VGZ het gemiddelde aantal uren kraamzorg (dit is het aantal geïndiceerde uren kraamzorg verdeeld over 10 dagen) per dag in mindering.
3. Als meerdere zorginstellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis en kraamcentrum) voor dezelfde dag kraamzorg in rekening brengen, dan hebt u ook op deze dubbele dag recht op kraamzorg.

Let op:

Vraag kraamzorg ten minste vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan via www.vgz.nl of 0900 - 22 43 444 (€ 0,10/min). Dan weet u zeker dat uw aanvraag tijdig kan worden verwerkt.

Welke kraamzorg is opgenomen in uw Indicatieprotocol Kraamzorg?

Omschrijving

Kraamzorg thuis of in een kraamzorghotel

Kraamzorg in het ziekenhuis bij een bevalling zonder medische noodzaak

Opgenomen in uw Turien & Co./VGZ Zorgverzekering?

Maximaal 10 dagen. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 3,90 per uur.
Maximaal 10 dagen. Er geldt een eigen bijdrage voor kraamzorg van € 15,50 per dag voor moeder en kind. Naast deze eigen bijdrage, moet u het verschil aan kosten bijbetalen tussen het ziekenhuistarief en de maximale vergoeding van € 111,50 per dag. Dit betekent dat u voor moeder en kind samen recht hebt op een vergoeding van maximaal € 192,- per dag (€ 223,- minus € 31,- per dag).
In het rekenvoorbeeld dat opgenomen is in dit artikel, vindt u hoe dit bedrag is opgebouwd.

Kraamzorg in het ziekenhuis, bij bevalling met medische noodzaak

Ja

Het bedrag dat voor uw eigen rekening komt, krijgt u mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

ARTIKEL 13. MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- zorg door een trombosedienst;
- second opinion door een medisch specialist. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al hebt besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- orthoptische zorg bij een lui oog (amblyopie), scheelzien (strabismus), dubbelzien (diplopie), zwakte van het oog (asthenopie) en brekingsafwijking (refractie-afwijking);
- de door optometristen gehanteerde diagnostische technieken in de oogheelkundige zorg;
- dialyse in een dialysecentrum, ziekenhuis of bij u thuis;
- chronische intermitterende beademing en de hiervoor benodigde apparatuur;
- verpleging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat deze gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. U hebt recht op deze zorg als alleen uw medisch specialist eindverantwoordelijk is of wijziging in de behandeling kan aanbrengen. Ook moet het gaan om handelingen die tot het specifieke zorgarsenaal van de medisch specialist behoren. Deze zorg omvat niet verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg (zorg in de laatste levensfase);
- begeleiding bij het stoppen met roken. Hieronder worden eenmalige korte stopadviezen verstaan.

U hebt geen recht op:

- a. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- b. behandelingen gericht op de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- c. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie (zowel man als vrouw);
- d. behandelingen gericht op circumcisie.

Door

Medisch specialist. De orthoptische zorg mag ook worden verleend door een orthoptist.

Diagnostiek in de oogheelkundige zorg mag ook worden verleend door een optometrist als de gehanteerde diagnostische technieken behoren tot zijn deskundigheidsgebied.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. Deze lijst staat op www.turien.nl of kunt u telefonisch opvragen. Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad.

Voor welke zorg hebt u voorafgaande toestemming nodig?

U hebt voor een aantal behandelingen bij Oogheelkunde, Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO-heelkunde), Heelkunde en Dermatologie onze voorafgaande toestemming nodig.

Om welke behandelingen gaat het?

Oogheelkunde: refractiechirurgie (verzamelnaam voor chirurgische ingrepen voor zichtverbetering), ooglid correcties.

KNO-heelkunde: oorschelp correcties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.

Heelkunde: gynaecomastie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.

Dermatologie: Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).

Er zijn natuurlijk altijd uitzonderingen op de regel te bedenken; wij raden u aan om bij twijfel Turien & Co./VGZ vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Uw medisch specialist is verplicht u te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming hebt.

Let op: het recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in artikel 18, Plastische en/ of reconstructieve chirurgie. Voor deze behandelingen moet u altijd vooraf toestemming aanvragen, met een toelichting van uw behandelend medisch specialist.

Bijzonderheden

1. De apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten vallen onder hulpmiddelenzorg, zie artikel 32, Hulpmiddelenzorg.
2. Thuisdialyse apparatuur valt onder hulpmiddelenzorg, zie artikel 32, Hulpmiddelenzorg.
3. Bij Regeling zorgverzekering kunnen vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.
4. Voor het recht op:
 - medisch specialistische zorg door een huisarts, zie artikel 11, Huisartsenzorg;
 - zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden, zie artikel 23, Specialistische GGZ;
 - mondzorg door een kaakchirurg, zie artikel 28, Tandheelkundige zorg en artikel 29, Prothetische voorzieningen voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

ARTIKEL 14. REVALIDATIE

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij revalidatie: onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- de quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kan bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Door

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan zoals hiervoor omschreven moet onder leiding van een revalidatie-arts worden uitgevoerd.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

ARTIKEL 15. ERFELIJKHEIDSONDERZOEK

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij erfelijkheidsonderzoek: onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Door

Centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Verwijsbrief

huisarts of medisch specialist.

ARTIKEL 16. IN-VITROFERTILISATIE (IVF) EN OVERIGE FERTILITEITSBEVORDERENDE BEHANDELINGEN

16.1. In-vitrofertilisatie (IVF)

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij in-vitrofertilisatie (IVF) maximaal de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap.

Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste 9 weken en 3 dagen na de implantatie.

Een IVF-poging, zijnde zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, houdt in:

- a. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
- b. het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- c. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
- d. het een of meerdere keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen.

Het terugplaatsen van embryo's die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen.

Wanneer hebt u opnieuw recht op drie IVF-pogingen?

Na een doorgaande (gerealiseerde) zwangerschap of een (levend) geboren kind, al dan niet ontstaan met IVF, ontstaat opnieuw recht op drie pogingen bij een nieuwe zwangerschapswens, als er sprake is van ongewenste infertiliteit.

Ook na een wisseling van partner bestaat opnieuw recht op een IVF-behandeltraject van drie pogingen, als er sprake is van gezamenlijke onvruchtbaarheid (infertiliteit).

Door

gynaecoloog in een hiervoor vergunninghoudende instelling.

Verwijsbrief

gynaecoloog of uroloog.

Bijzonderheden

1. Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. U hebt geen recht op (vergoeding van de kosten van) de eiceldonatie.
2. Voor het recht op geneesmiddelen die verband houden met de eerste, tweede en derde poging in-vitrofertilisatie (IVF), zie artikel 30, Geneesmiddelen.

Of u in aanmerking komt voor IVF, hangt af van uw persoonlijke situatie, bijvoorbeeld van uw leeftijd en hoe lang u al probeert zwanger te worden.

Wilt u naar het buitenland voor een IVF-behandeling? Neem vooraf contact met Turien & Co./VGZ op. Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad. Als u in het buitenland woont, kunt u +31 72 - 5 181 240 bellen.

16.2. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen. Onder deze zorg wordt ook begrepen kunstmatige inseminatie.

Door

gynaecoloog of uroloog.

Verwijsbrief

huisarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

Voor het recht op geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid, zie artikel 30, Geneesmiddelen.

ARTIKEL 17. AUDIOLOGISCHE ZORG

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.

Door

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Verwijsbrief

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Bijzonderheden

Het recht op gehoorapparatuur is geregeld in artikel 32, Hulpmiddelenzorg.

ARTIKEL 18. PLASTISCHE EN/OF RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

U hebt geen recht op:

- a. behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

Wel of geen recht op Plastische en/of reconstructieve chirurgie? Enkele voorbeelden.

Buikwandcorrectie (abdominoplastiek)

U hebt alleen recht op een buikwandcorrectie als er sprake is van een van de volgende criteria:

1. verminking door ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
2. lichamelijke functiestoornissen:
 - a. als gevolg van continu aanwezige smetten in huidplooien die ondanks adequate behandeling niet te voorkomen of te genezen zijn. Een operatie vormt de enige oplossing voor het probleem.
Als het smetten wordt veroorzaakt door onvoldoende hygiënische maatregelen, hebt u geen recht op deze zorg;
 - b. een ernstige bewegingsbeperking waarbij in staande positie het buikschort (de plooi) minimaal een kwart van de lengte van de bovenbenen bedekt.
Als u voor vergoeding in aanmerking wilt komen, dan mag u niet teveel wegen. Uw Body Mass Index (BMI) moet gedurende 12 maanden 30 of minder zijn.

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).

Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang.

Uw BMI is dan $85 \text{ gedeeld door } (1.75 \times 1.75) = 85 \text{ gedeeld door } 3,0625 = 27,76$. Dit is afgerond 28.

Op www.vgz.nl kunt u heel eenvoudig uw BMI berekenen.

Verwijderen van een borstprothese

U hebt recht op het verwijderen van een borstprothese als de prothese is geplaatst na een borstamputatie maar ook als er sprake is van ernstige kapselvorming of lekkage. Ook het klieven of wegsnijden van het kapsel kan voor vergoeding in aanmerking komen. U hebt alleen recht op het plaatsen of vervangen van een prothese na een (gedeeltelijke) borstamputatie.

Borstverkleining

U hebt recht op een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt of als u cup D hebt en u bent kleiner dan 1.60 meter, en u aantoonbaar lichamelijke klachten hebt. Het gaat dan om klachten die u fors beperken en die veroorzaakt worden door de zwaarte van de borsten. Uw gewicht mag niet te hoog zijn. Bij het opereren van te zware mensen is er namelijk een grotere kans op complicaties en een kleinere kans op een goed resultaat.

Correctie van ongelijke borsten

U hebt recht op verkleining van één van de borsten als uw borsten twee cupmaten of meer van elkaar verschillen ('zeer opvallende asymmetrie'). Dit kan gezien worden als een verminking. Er is dan alleen een vergoeding mogelijk voor de verkleining van één van de borsten. Zijn de borsten ongelijk na een borstreconstructie als gevolg van een (gedeeltelijke) amputatie, dan zijn ook andere manieren van correctie mogelijk, bijvoorbeeld het plaatsen van een borstprothese.

Correctie van ingetrokken tepels

Dit wordt niet vergoed. Ingetrokken tepels worden gezien als een 'natuurlijke variant' van het menselijk lichaam.

Littekencorrectie

U hebt recht op een littekencorrectie als het litteken flinke, aannemelijke klachten geeft of zo lelijk is dat er sprake is van een verminking.

Borstvorming bij mannen (gynaecomastie)

U hebt recht op chirurgische correctie van deze borstvorming wanneer er aantoonbaar klierweefsel aanwezig is en deze gynaecomastie langer dan 12 maanden bestaat. Daarbij moeten er ernstige pijnklachten bestaan die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en/of sprake zijn van een verminking. Verminking wil zeggen dat er een duidelijk vrouwelijke borstvorm zichtbaar is.

U hebt zelden recht op deze behandeling als uw BMI hoger is dan 30, omdat er dan voornamelijk sprake is van vetweefsel.

Als er naast het weghalen van de borst ook nog liposuctie plaatsvindt, is voor de liposuctie geen extra vergoeding mogelijk.

Laserbehandeling

Laserbehandeling van zichtbare bloedvatjes, pigmentvlekken, andere vlekken en onregelmatigheden wordt slechts zelden vergoed.

Liposuctie, ofwel het wegzuigen van vetweefsel

Liposuctie wordt zelden vergoed. U hebt alleen recht op liposuctie als dit de meest aangewezen behandelmethode is bij een medisch noodzakelijke ingreep (deze ingreep moet dan op zichzelf niet zijn uitgesloten van vergoeding).

Neuscorrectie

U hebt alleen recht op een neuscorrectie als u fors beperkende onbehandelbare neusklachten hebt. In een enkel geval is vergoeding mogelijk als er sprake is van een verminking of een aangeboren misvorming.

Schaamlipcorrectie

Schaamlipcorrectie wordt zelden vergoed, omdat het vrijwel altijd gaat om klachten die weliswaar vervelend en hinderlijk kunnen zijn, maar niet fors beperkend. Echte misvormingen zijn er zelden. U hebt in dat geval wel recht op vergoeding.

Psychisch lijden

Psychisch lijden en psychosociale oorzaken zijn geen reden voor vergoeding van plastische chirurgie. Onder psychosociale oorzaken wordt bijvoorbeeld verstaan het niet naar het zwembad durven, zich schamen voor de partner waardoor problemen in de (seksuele) relatie ontstaan of geen nieuwe relatie durven aangaan omdat men zich schaamt of gepest wordt. Deze oorzaken zijn bijzonder vervelend maar zijn geen reden voor vergoeding.

Geen vergoeding

Voor bijvoorbeeld correctie van onderoogleden, tatoeageverwijdering of het 'liften' van hangende borsten is zelden een vergoeding mogelijk. Er is hierbij namelijk geen sprake van een medische noodzaak zoals in dit artikel beschreven.

Meer informatie kunt u vinden in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard'. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg) verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). U vindt deze werkwijzer op www.turien.nl. U kunt deze ook telefonisch bij ons opvragen. Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad.

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling.

Door

medisch specialist.

Verwijsbrief

huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen.

ARTIKEL 19. TRANSPLANTATIE VAN WEEFSELS EN ORGANEN

Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan hebt u alleen recht op deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten worden niet vergoed.

Door

medisch specialist.

ARTIKEL 20. DYSLEXIEZORG

Omschrijving

Het recht op dyslexiezorg in verband met ernstige dyslexie bestaat alleen voor kinderen bij wie de zorg in 2011 begint op zeven-, acht-, negen- of tienjarige leeftijd en die basisonderwijs volgen.

Onder deze zorg wordt verstaan het diagnosticeren en behandelen van deze kinderen met ernstige dyslexie volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol is een leidraad voor het diagnosticeren, indiceren en behandelen van cliënten met ernstige dyslexie met als doel het beschrijven van de optimale zorg voor cliënten met ernstige dyslexie, gebaseerd op de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten.

Wanneer is sprake van ernstige dyslexie?

Er is sprake van ernstige dyslexie als het gaat om een ernstige specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die erfelijk is bepaald. Dit is een stoornis in de hersenen, waarbij bepaalde zenuwpijkkels onvoldoende worden doorgegeven. Deze stoornis is te onderscheiden van andere lees- en spellingsproblemen.

U hebt alleen recht op de diagnostiek als deze volgens het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling plaatsvindt. Ook moet de school er alles aan hebben gedaan wat volgens het Protocol Leesproblemen en Dyslexie nodig is.

Het onderzoek moet uitwijzen of er daadwerkelijk sprake is van ernstige dyslexie, een lichtere vorm van lees- en spellingsproblemen, of juist een meer complexe problematiek. Als vastgesteld wordt dat er géén sprake is van ernstige dyslexie, dan komen de kosten van de diagnostiek wel voor vergoeding in aanmerking, maar de kosten voor behandeling niet.

U kunt het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling vinden op www.turien.nl of telefonisch opvragen. Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad.

Door

Kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog-generalist of gezondheidszorgpsycholoog die werkt in een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een gezondheidszorgpsycholoog die is ingeschreven in het Register van het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD) of die het keurmerk Kwaliteitsregister Dyslexie heeft.

De kinder- en jeugdpsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). De orthopedagoog-generalist moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Verwijsbrief

Leerkracht, remedial teacher, logopedist of andere leesspecialist verbonden aan de basisschool van het kind, met daarbij een onderwijskundig rapport waarin staat dat het kind 3 tot 6 maanden schoolse hulp heeft gehad voor dyslexie. Bij dit rapport moet ook een toelichting worden opgenomen waarin aangegeven wordt dat op basis van het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is vastgesteld dat verdere diagnostiek noodzakelijk is.

Het Protocol Leesproblemen en Dyslexie is een handreiking voor leerkrachten, remedial teachers, logopedisten en andere leesspecialisten van de groepen 1 tot en met 4. Doel van dit protocol is een zo goed mogelijke begeleiding van leerlingen met (dreigende) leesproblemen.

ARTIKEL 21. STOPPEN-MET-ROKENPROGRAMMA

Omschrijving

U hebt recht op zorg volgens het stoppen-met-rokenprogramma. Dit programma houdt in de op gedragsverandering gerichte geneeskundige zorg. Ook hebt u recht op geneesmiddelen als deze worden voorgeschreven als onderdeel van het programma, ter ondersteuning van gedragsverandering. U kunt het programma volgen in een groep of individueel.

Het doel van het programma is dat u stopt met roken. U kunt maximaal een keer per kalenderjaar het stoppen-met-rokenprogramma volgen.

Door

STIVORO en GGZ-instellingen die werken volgens de Zorgmodule Stoppen met Roken.

Via STIVORO kunt u het stoppen-met-rokenprogramma volgen of kiezen voor telefonische coaching. Het stoppen-met-rokenprogramma dat door STIVORO is ontwikkeld, heet de Training Pakje Kans. De training wordt uitgevoerd door zelfstandige trainers die opgeleid zijn door STIVORO. Zij hebben een licentieovereenkomst met STIVORO en voldoen aan de door STIVORO gestelde kwaliteitseisen.

De telefonische coaching wordt uitgevoerd door medewerkers van het Adviescentrum van STIVORO. Deze medewerkers zijn door STIVORO opgeleid tot telefonische coach stoppen-met-roken.

Op de website van STIVORO kunt u vinden waar u de Training Pakje Kans kunt volgen en hoe u zich kunt aanmelden voor de training en telefonische coaching.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

ARTIKEL 22. EERSTELIJNSPSYCHOLOGISCHE ZORG

Omschrijving

U hebt recht op eerstelijnspsychologische zorg zoals klinisch psychologen deze plegen te bieden, tot maximaal acht zittingen per kalenderjaar. Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Onder deze zorg wordt ook verstaan:

- preventie van problematisch alcoholgebruik, als het gaat om behandelingen die zijn gebaseerd op motiverende gespreksvoering en/of bewezen effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie. Hieronder worden ook verstaan de programma's Minder drinken en De Drinktest die specifiek gericht zijn op preventie (en behandeling) van alcoholproblematiek. U hebt recht op deze zorg als u meer drinkt dan verantwoord is, maar nog geen stoornis hebt ontwikkeld op het gebied van alcohol;
- preventie van depressie als het gaat om cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie en problem solving therapy, eventueel in combinatie met psycho-educatie.
U hebt recht op deze zorg bij een (beginnende) subklinische depressie. Hiervan is sprake als u één kernsymptoom, bijvoorbeeld een neerslachtige stemming, en maximaal drie andere symptomen van depressie hebt. Bijvoorbeeld een onregelde slaap, energiegebrek en een gebrek aan eetlust. Van een depressie is dan nog geen sprake;
- het programma Mindfulness based cognitive therapie (MBCT) om herhaling van depressieve klachten te voorkomen;
- behandeling van lichte tot matige depressies en angststoornissen. Het programma Beating the Blues mag worden ingezet bij deze zorg als het behandeling betreft van lichte tot matige depressies.

PGB:

voor de zorg die in dit artikel is opgenomen kunt u een persoonsgebonden budget (PGB) eerstelijnspsychologische zorg aanvragen, zodat u deze zorg zelf kunt inkopen. U moet hierbij wel voldoen aan de voorwaarden die zijn opgenomen in het Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg VGZ.

Het Reglement persoonsgebonden budget eerstelijnspsychologische zorg VGZ vindt u op www.turien.nl of kunt u telefonisch opvragen. Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad.

Door

Gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog. Eerstelijnspsychologische zorg zoals beschreven in dit artikel voor verzekerden jonger dan 18 jaar mag ook worden verleend door een kinder- en jeugdpsycholoog of een orthopedagoog-generalist.

PGB:

maakt u gebruik van een PGB eerstelijnspsychologische zorg dan mag de zorg ook worden verleend door een psycholoog, HBO-psycholoog, cognitief therapeut, gedragstherapeut, ECP-therapeut, A&G-psycholoog, seksuoloog of arts.

De A&G-psycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De arts moet zijn ingeschreven in het Register van de Nederlandse vereniging voor verslavingsgeneeskunde (VGN).

De cognitief therapeut moet als lid zijn ingeschreven bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCt).

De ECP-therapeut moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Associatie voor Psychotherapie (NAP).

De eerstelijnspsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De gedragstherapeut moet als lid zijn ingeschreven bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCt).

De HBO-psycholoog moet in het bezit zijn van een diploma HBO-psycholoog van een in Nederland erkende hogeschool.

De kinder- en jeugdpsycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De orthopedagoog-generalist moet ingeschreven zijn in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

De psycholoog moet ingeschreven zijn in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVWS).

Eigen bijdrage

u bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van € 10,- per zitting.

Een zitting komt overeen met een consult. Afhankelijk van de zorg die wordt geboden, kan het ook voorkomen dat er een vijfde, een kwart, een halve of een dubbel consult in rekening wordt gebracht. Het aantal zittingen/consulten waarop u recht hebt en de hiervoor geldende eigen bijdrage wordt in dit geval naar rato berekend.

Voorbeelden:

- een e-mail consult telt als een kwart zitting. Hiervoor geldt dan een eigen bijdrage van $\frac{1}{4}$ van € 10,- is € 2,50;
- een consult relatietherapie telt als een halve zitting per partner. Hiervoor geldt dan een eigen bijdrage per partner van $\frac{1}{2}$ van € 10,- is € 5,-.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is het ook mogelijk dat de verwijzing plaatsvindt door het Bureau Jeugdzorg of door een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Bijzonderheden

U hebt onder andere geen recht op intelligentieonderzoek, schoolpsychologische zorg en neurofeedback.

ARTIKEL 23. SPECIALISTISCHE GGZ

Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van uw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van uw behandelaar. Uw

behandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. U kunt hierbij denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

Door

Psychiater/zenuwarts, klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van het Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar, genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, vijfde lid, van de AWBZ.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op psychoanalyse (4 tot 5 keer in de week psychotherapie) gestart op of na 23 maart 2010 en neurofeedback.

Paramedische zorg

ARTIKEL 24. FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR/MENSENDIECK

Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden.

Jonger dan 18 jaar:

- u hebt vanaf de eerste behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst;
- hebt u een aandoening die niet op de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie staat? Dan hebt u per kalenderjaar recht op maximaal negen behandelingen per aandoening. Als u na deze negen behandelingen nog last hebt van de aandoening, hebt u nog recht op maximaal negen extra behandelingen voor die aandoening. In totaal hebt u in dit geval dus recht op maximaal achttien behandelingen per aandoening per kalenderjaar.

18 jaar en ouder:

- u hebt recht op de eerste negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie;
- u hebt vanaf de dertiende behandeling recht op behandeling van aandoeningen die een langdurige of chronische behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van VWS. U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens deze lijst.
De kosten van de eerste twaalf behandelingen per aandoening komen voor uw eigen rekening. U krijgt deze behandelingen mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

De lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie wordt ook wel de 'Chronische lijst' genoemd. Deze naam dekt eigenlijk niet de lading, omdat niet alle chronische aandoeningen op deze lijst worden vermeld. Aandoeningen, die wel op de lijst staan, zijn onder andere bepaalde aandoeningen van het zenuwstelsel of het bewegingsapparaat, bepaalde hart-, long- en vaataandoeningen, lymfoedeem, weke delen tumoren en littekenweefsel van de huid. Het betreft in sommige gevallen ook de behandeling van een aandoening na bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis ter bespoediging van het herstel. Twijfelt u of uw aandoening op deze lijst voorkomt? Neem dan vooraf contact met Turien & Co./VGZ. Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad.

U vindt de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) op www.turien.nl.

Om het voor u overzichtelijk te maken, volgt hieronder een schema waarin u kunt terugvinden op hoeveel zorg u recht hebt:

	Jonger dan 18 jaar	18 jaar en ouder
Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie	geen vergoeding	9 behandelingen (vanaf de 1e behandeling)
Uw aandoening staat op de Lijst met aandoeningen LET OP: voor sommige aandoeningen is het aantal behandelingen beperkt	volledig	vanaf 13e behandeling
Uw aandoening staat niet op de Lijst met aandoeningen	9 behandelingen met een mogelijke verlenging van maximaal 9 extra behandelingen. In totaal hebt u dus recht op maximaal 18 behandelingen.	geen vergoeding

Door

Fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, kinderysiotherapeut, kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut.

Oedeemtherapie mag ook verleend worden door een huidtherapeut.

De geriatrisch fysiotherapeut, kinderysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

De kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck moet zijn ingeschreven in het Register van verbijzonderde oefentherapeuten Cesar/Mensendieck.

De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister paramedici.

Verwijsbrief

U hebt alleen een verwijsbrief nodig van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Toestemming

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als u behandeld wordt voor een aandoening die is opgenomen in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).

Bijzonderheden

U hebt geen recht op behandelingen die niet als fysiotherapie of oefentherapie worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:

- arbocuratieve of reïntegratietrajecten;
- behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.

ARTIKEL 25. LOGOPEDIE

Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals logopedisten deze plegen te bieden, als deze zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De Hanen Oudercursus valt ook onder deze zorg.

Door

Logopedist. Logopedie bij afasie en stotteren, preverbale logopedie en De Hanen Oudercursus moeten worden verleend door een gespecialiseerde logopedist. Specifieke stottertherapie mag ook worden verleend door een stottertherapeut die is ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging voor Stottertherapie (NVST).

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg. Voor specifieke stottertherapie is een toelichting nodig van de verwijzer.

Bijzonderheden

Met de in dit artikel genoemde zorg wordt niet bedoeld logopedische behandelingen in verband met:

- dyslexie;
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor musici;
- spreken in het openbaar;
- voordrachtskunst.

ARTIKEL 26. ERGOTHERAPIE

Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden, op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen, tot maximaal 10 behandeluren per kalenderjaar.

Door

ergotherapeut.

Verwijsbrief

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

ARTIKEL 27. DIEETADVISING

Omschrijving

U hebt recht op voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden, tot maximaal 4 behandeluren per kalenderjaar.

Door

diëtist.

Verwijsbrief

huisarts, bedrijfsarts, tandarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Mondzorg

ARTIKEL 28. TANDHEELKUNDIGE ZORG

28.1. Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

Omschrijving

U hebt recht op zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. De zorg omvat de volgende verrichtingen/ behandelingen:

1. controle (periodiek preventief tandheelkundig onderzoek); één keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op dit onderzoek;
2. incidenteel consult;
3. tandsteen verwijderen;
4. fluoridebehandeling vanaf zes jaar; twee keer per jaar. Als dit nodig is, hebt u meer keren per jaar recht op deze behandeling;
5. sealing (afdichten of verzegelen van putjes en groeven in tanden en kiezen);
6. behandeling van het tandvlees (parodontale hulp);
7. verdoving (anesthesie);
8. wortelkanaalbehandeling (endodontische hulp);
9. vullingen (restauratie van gebitselementen met plastische materialen);
10. behandeling bij klachten van het kaakgewricht (gnathologische hulp);
11. volledige gebitsprothese voor boven- en/of onderkaak, plaatprothese of frameprothese (uitneembare prothetische voorzieningen);
12. kronen, bruggen en implantaten ter vervanging van een of meer blijvende snij- of hoektanden die niet zijn aangelegd of door een ongeval ontbreken;
13. chirurgische tandheelkundige hulp met uitzondering van het aanbrengen van implantaten. U hebt alleen recht op het aanbrengen van implantaten voor de zorg omschreven onder punt 12;
14. röntgenonderzoek. U hebt geen recht op röntgenonderzoek voor orthodontie.

Door

Tandarts, kaakchirurg, instelling voor jeugd tandverzorging, tandprotheticus of mondhygiënist.

Toestemming

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig als het gaat om kronen, bruggen en implantaten.

28.2. Tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen

Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite en kan niet door de gewone huistandarts worden verleend. U hebt alleen recht op bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

U hebt recht op deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt.
U hebt ook recht op het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt;
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;
3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat hier om het ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica.

U hebt alleen recht op orthodontie als u een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van de mond of het gebit hebt, waarbij een behandeling in teamverband nodig is.

Het ontbreken van enkele blijvende tanden of kiezen door een aanlegstoornis komt regelmatig voor. U hebt recht op bijzondere tandheelkunde als bij u ten minste zes tanden en kiezen in aanleg ontbreken.

Als u al lange tijd een volledige gebitsprothese (kunstgebit) draagt kan uw kaak zo erg slinken dat uw kunstgebit geen houvast meer heeft. In zo'n geval kunnen implantaten uitkomst bieden. Meestal gaat het om twee implantaten in de onderkaak waarop twee drukknoppen of een staafje worden geschroefd om het kunstgebit overheen te klikken. Het kunstgebit blijft uit uw mond te nemen. Als u een vastzittende of geschroefde brug of prothese wilt in plaats van een uitneembaar kunstgebit, dan worden de implantaten voor deze brug niet vergoed.

Door

Tandarts of orthodontist verbonden aan een Centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts-implantoloog, orthodontist of kaakchirurg.

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

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd:

- als u 18 jaar of ouder bent en u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt;
- voor de zorg zoals omschreven onder omschrijving punt 2, als u een extreme angst hebt voor mondzorg.

De eigen bijdrage geldt alleen voor een controle, een incidenteel consult, het trekken van tanden/kiezen (extractie), behandeling van het tandvlees (parodontale hulp), wortelkanaalbehandelingen (endodontische hulp), vullingen of uitneembare niet-volledige gebitsprothesen. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening mag worden gebracht als er geen sprake is van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

Ook bent u in bovengenoemde gevallen een wettelijke bijdrage verschuldigd van € 125,- per kaak voor een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese). Deze eigen bijdrage geldt ook voor een gebitsprothese gemaakt voor implantaten.

Verwijzing door

tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig.

Bent u extreem bang voor de tandarts? U kunt dan misschien in aanmerking komen voor bijzondere tandheelkunde. Alleen de extra tijd die nodig is om de angst te verminderen, valt onder bijzondere tandheelkunde.

28.3. Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

U hebt recht op kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. U hebt geen recht op de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties.

Door

Kaakchirurg.

Verwijzing door

Huisarts, bedrijfsarts, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

ARTIKEL 29. PROTHETISCHE VOORZIENINGEN VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

Omschrijving

U hebt recht op een gebitsprothese (uitneembare volledige gebitsprothese) voor de boven- en/of onderkaak. U hebt ook recht op het repareren en het opvullen (rebasen) van deze gebitsprothese.

Door

Tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van 25% van de kosten. U bent geen eigen bijdrage verschuldigd voor het repareren en rebasen van uw gebitsprothese.

Toestemming

in de volgende gevallen is een machtiging vereist:

1. U hebt voorafgaande toestemming nodig als de totale kosten (inclusief techniekkosten) van de gebitsprothese hoger zijn dan:
 - € 600,- voor een boven- of onderkaak;
 - € 1.200,- voor een boven- en onderkaak samen.
2. U hebt voorafgaande toestemming nodig als u uw gebitsprothese binnen 5 jaar na aanschaf wilt vervangen.

U hebt recht op een kunstgebit (gebitsprothese) voor de boven- en/of onderkaak. U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de kosten. De kosten van het trekken van tanden en kiezen komen niet voor vergoeding in aanmerking. Deze kosten worden mogelijk wel vergoed als u een aanvullende (tandarts)verzekering hebt. U hebt recht op een implantaat voor een kunstgebit als u een ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Kijk hiervoor in artikel 28.2. U betaalt in dit geval een eigen bijdrage van € 125,- per kaak in plaats van een eigen bijdrage van 25% van de kosten. Let op: naast een eigen bijdrage kan ook een eigen risico van toepassing zijn.

Farmaceutische zorg

ARTIKEL 30. GENEESMIDDELEN

Omschrijving

Uw recht op farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers, die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Geregistreeerde geneesmiddelen:

u hebt recht op levering van door de Minister van VWS aangewezen geregistreeerde geneesmiddelen voor zover deze door ons zijn aangewezen (zie preferente geneesmiddelen). U vindt deze geneesmiddelen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u aan deze voorwaarden voldoet. U vindt deze geneesmiddelen en de voorwaarden in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Preferente geneesmiddelen (voorkeursgeneesmiddelen):

VGZ kan geneesmiddelen uit bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering aanwijzen als preferente geneesmiddelen. U vindt deze geneesmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg VGZ. Als wij voor bepaalde werkzame stoffen bepaalde geneesmiddelen hebben aangewezen en andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof niet, hebt u aanspraak op de door VGZ aangewezen geneesmiddelen. Maakt u toch gebruik van niet-preferente

geneesmiddelen, dan worden deze in principe niet vergoed. Alleen als uw arts aangeeft dat behandeling met het preferente middel voor u medisch niet verantwoord is, hebt u recht op een ander geneesmiddel. Zorgverzekeraar VGZ kan de lijst met aangewezen geneesmiddelen op ieder moment wijzigen.

Preferentiebeleid:

Preferentie betekent letterlijk voorkeur. Bij geneesmiddelen wil dat zeggen dat er voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Zorgverzekeraar VGZ kan binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (met dezelfde werkzame stof) een voorkeursmiddel aanwijzen. U vindt deze aangewezen voorkeursmiddelen in het Reglement farmaceutische zorg VGZ. Het verplicht en vrijwillig eigen risico geldt niet voor deze voorkeursgeneesmiddelen.

Zelfzorgmiddelen:

u hebt recht op zelfzorgmiddelen als u deze geneesmiddelen langer dan zes maanden moet gebruiken. U hebt alleen recht op laxeermiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag te legen en middelen tegen droge ogen, die zijn opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De eerste 15 dagen komen de kosten van het geneesmiddel voor uw rekening.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen:

u hebt recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. Rationele farmacotherapie is een behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor de zorgverzekering.

U hebt recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

- apotheekbereidingen;
- geneesmiddelen die uw arts speciaal voor u bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die niet in Nederland verkrijgbaar zijn, maar op verzoek van uw behandelend arts zijn ingevoerd. U hebt alleen recht op deze geneesmiddelen als u een zeldzame aandoening hebt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Geleverd door

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Eigen bijdrage

U bent voor sommige geneesmiddelen een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bepaalt welke geneesmiddelen worden vergoed volgens de Zorgverzekeringswet en voor welke geneesmiddelen u een eigen bijdrage moet betalen. Als u moet bijbetalen voor een medicijn, telt deze eigen bijdrage niet mee voor uw eigen risicobedrag. Kijk voor meer informatie op www.turien.nl. U kunt voor informatie natuurlijk ook terecht bij uw apotheker.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige, tandarts, orthodontist, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Voor een aantal geneesmiddelen gelden extra voorwaarden. Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Voor een aantal van de geneesmiddelen op bijlage 2 hebt u van ons voorafgaande toestemming nodig. De geneesmiddelen, waarvoor u toestemming nodig hebt, kunt u vinden in het Reglement farmaceutische zorg VGZ. Zorgverzekeraar VGZ kan deze lijst tussentijds aanpassen. Voor het aanvragen van toestemming kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts met wie wij een overeenkomst hebben gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wilt inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts met wie Zorgverzekeraar VGZ geen overeenkomst heeft gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de artsenverklaring rechtstreeks bij Turien & Co./VGZ in te dienen.

Bijzonderheden

1. U hebt geen recht op:
 - farmaceutische zorg in bij Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - preventieve reisgeneesmiddelen en reisvaccinaties;
 - geneesmiddelen ter voorkoming van zwangerschap als u 21 jaar of ouder bent;
 - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.
2. Geneesmiddelen die zijn opgenomen in de Beleidsregel dure geneesmiddelen van de Nederlandse Zorgautoriteit worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch specialistische zorg. Voor het recht op deze geneesmiddelen, zie artikel 13, Medisch specialistische zorg.

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium. Voor sommige middelen is een eigen bijdrage van toepassing.

Bent u 21 jaar of ouder? U hebt dan geen recht op anticonceptiemiddelen.

Ongeacht uw leeftijd, hebt u recht op het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals een spiraaltje of implanonstaafje door de huisarts of medisch specialist.

U kunt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg VGZ vinden op www.turien.nl of telefonisch opvragen.

Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad.

ARTIKEL 31. DIEETPREPARATEN

Omschrijving

U hebt recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. U hebt alleen recht op deze dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en u:

- a. lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
- b. lijdt aan een voedselallergie;
- c. lijdt aan een resorptiestoornis;
- d. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of;
- e. daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Geleverd door

Voorkeursleveranciers Sorgente in Houten (voor alle dieetvoeding) of Tefa-Portanje B.V. in Woerden (voor sondevoeding). U kunt voor dieet- en sondevoeding ook bij uw apotheker of apotheekhoudend huisarts terecht.

Telefoonnummer Sorgente: (030) 634 62 62. Telefoonnummer Tefa-Portanje B.V.: (0348) 49 57 77.

Op voorschrift van

Diëtist, huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan uw arts een artsenverklaring van www.znformulieren.nl downloaden en invullen.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts met wie Zorgverzekeraar VGZ een overeenkomst heeft gesloten? U kunt dan het door uw arts ingevulde formulier tegelijk met het recept inleveren. Uw apotheker beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden. Als u om privacyoverwegingen dit formulier niet bij uw apotheek wilt inleveren, kunt u ons het formulier ook rechtstreeks (laten) sturen. Deze procedure geldt ook voor onze voorkeursleveranciers Sorgente en Tefa-Portanje B.V.

Gaat u naar een apotheker of apotheekhoudend huisarts met wie Zorgverzekeraar VGZ geen overeenkomst heeft gesloten? U kunt dan voorafgaande toestemming vragen door de artsenverklaring rechtstreeks naar Turien & Co. Assuradeuren te (laten) sturen, adres Postbus 216, 1800 AE Alkmaar.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op dieetproducten.

Een dieetproduct is een voedingsmiddel met een andere samenstelling. Voorbeelden zijn glutenvrije of zoutarme producten. Deze producten worden niet vergoed. Een dieetpreparaat heeft een andere samenstelling en vorm dan gewone voeding.

Hulpmiddelenzorg

ARTIKEL 32. HULPMIDDELEN EN VERBANDMIDDELEN

Omschrijving

U hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De meeste hulpmiddelen en verbandmiddelen ontvangt u in eigendom. Andere hulpmiddelen ontvangt u in bruikleen. Dat wil zeggen dat u dit hulpmiddel kunt gebruiken zolang u hierop bent aangewezen en zolang u bij ons bent verzekerd. U sluit met ons een bruikleenovereenkomst, waarin uw rechten en plichten zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kunt u alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

Krijgt u het hulpmiddel in eigendom? Dan is en blijft het hulpmiddel van u.

In het Reglement hulpmiddelen VGZ vindt u de volgende informatie:

- wordt het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen verstrekt;
- de kwaliteitseisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen;
- of u een verwijzing nodig hebt en zo ja, van wie;
- of u voorafgaande toestemming nodig hebt (voor eerste aanschaf, herhaling of reparatie);
- gebruikstermijn van het betreffende hulpmiddel. Deze gebruikstermijn is richtinggevend. Als dit nodig is, kunt u ons vragen hiervan af te wijken;
- maximum te leveren aantallen/stuks;
- bijzonderheden zoals maximale vergoedingen.

U ontvangt de hulpmiddelen gebruiksklaar. Als dat van toepassing is, ontvangt u het hulpmiddel inclusief eerste batterijen, oplaadapparatuur en/of gebruiksinstructie.

Zorgverzekeraar VGZ maakt met zorgaanbieders afspraken over de kwaliteit, prijs en service. Als u naar een zorgaanbieder gaat met wie Zorgverzekeraar VGZ een overeenkomst heeft gesloten, kunt u een goed product en uitstekende dienstverlening verwachten. Ook hoeft u zelf geen toestemming aan te vragen of kosten voor te schieten. Turien & Co./VGZ betaalt de kosten namelijk rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op www.turien.nl. U kunt deze informatie ook telefonisch bij ons opvragen. Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie Zorgverzekeraar VGZ geen overeenkomst heeft gesloten? Houd er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de nota zelf moet betalen.

Voor een hulpmiddel in eigendom hebt u recht op vergoeding van de kosten tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven 2011, zoals deze zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. In de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders VGZ 2011 zijn de betreffende maximale vergoedingen per hulpmiddel opgenomen. Deze lijst vindt u op www.turien.nl. U kunt deze informatie ook telefonisch bij ons opvragen. Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad.

Als het een bruikleenhulpmiddel betreft, dan bedraagt de vergoeding maximaal 80% van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar. De hoogte van de gemiddelde kosten is gelijk aan de kosten, die wij zouden hebben betaald voor verstrekking van een hulpmiddel in bruikleen.

Door

Een zorgaanbieder voor hulpmiddelen. U vindt de zorgaanbieders met wie Zorgverzekeraar VGZ een overeenkomst heeft gesloten in de zorggids. Gaat u naar een zorgaanbieder met wie Zorgverzekeraar VGZ geen overeenkomst heeft gesloten? In het Reglement hulpmiddelen VGZ vindt u of deze zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitseisen moet voldoen.

Eigen bijdrage/maximale vergoeding

U vindt in het Reglement hulpmiddelen VGZ voor welke hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage of maximumvergoeding geldt.

Voorschrift

Zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen VGZ.

Toestemming

U hebt voor de eerste aanschaf van een hulpmiddel of verbandmiddel altijd voorafgaande toestemming nodig.

Turien & Co./VGZ beoordeelt of u voldoet aan de gestelde voorwaarden. Hierbij beoordelen wij of u bent aangewezen op het hulpmiddel of verbandmiddel. Ook bekijken wij of het hulpmiddel doelmatig is en niet onnodig kostbaar. U vindt in het Reglement hulpmiddelen VGZ per hulpmiddel of u voor vervanging of reparatie van het hulpmiddel ook voorafgaande toestemming nodig hebt.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie Zorgverzekeraar VGZ een overeenkomst heeft gesloten? Uw zorgaanbieder beoordeelt voor ons of u voldoet aan de voorwaarden. Voor sommige hulpmiddelen is afgesproken dat wij de aanvraag beoordeelen. In dat geval stuurt de zorgaanbieder uw aanvraag naar ons door.

Als u om privacyoverwegingen niet wilt dat de zorgaanbieder uw aanvraag beoordeelt, kunt u ons de aanvraag ook rechtstreeks sturen.

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie Zorgverzekeraar VGZ geen overeenkomst heeft gesloten? U moet ons dan zelf voorafgaande toestemming vragen. Wilt u bij de aanvraag de offerte van het hulpmiddel en de toelichting van de voorschrijver meesturen? U kunt de aanvraag sturen naar: Turien & Co. Assuradeuren, Postbus 216, 1800 AE Alkmaar.

Bijzonderheden

1. U moet het hulpmiddel goed verzorgen. U krijgt binnen de normale gemiddelde gebruikstermijn alleen toestemming voor vervanging van een hulpmiddel als het huidige hulpmiddel niet meer adequaat is. U kunt een verzoek tot vervanging binnen de gebruikstermijn, wijziging of reparatie vooraf gemotiveerd bij Turien & Co./VGZ indienen. Als door toerekenbare onachtzaamheid, opzet of roekeloosheid schade aan het hulpmiddel ontstaat, hebt u binnen de gebruikstermijn geen recht op vervanging of reparatie van het hulpmiddel.
2. U kunt toestemming krijgen voor een tweede exemplaar van het hulpmiddel als u daar redelijkerwijs op bent aangewezen.
3. Als u een hulpmiddel in bruikleen hebt ontvangen kan controle plaatsvinden. Als Turien & Co./VGZ van oordeel is dat u redelijkerwijs niet (langer) op het hulpmiddel bent aangewezen, kunnen wij het hulpmiddel terugvorderen.

U kunt het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering en het Reglement hulpmiddelen VGZ vinden op www.turien.nl of telefonisch opvragen. Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad.

Verblijf in een instelling

ARTIKEL 33. VERBLIJF

Omschrijving

U hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistische GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van maximaal 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Waar

In een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, of revalidatie-instelling dat voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen deze stelt aan een instelling.

Op voorschrift van

Verloskundige, medisch specialist, psychiater/zenuwarts of kaakchirurg. Zij stellen de medische noodzaak vast.

Bijzonderheden

Onderbrekingen van maximaal dertig dagen worden niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de hiervoor genoemde 365 dagen. Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 365 dagen.

Ziekenvervoer

ARTIKEL 34. AMBULANCEVERVOER EN ZITTEND ZIEKENVERVOER

Omschrijving

U hebt recht op:

1. medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
 - a. naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
 - b. naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ gaat verblijven;
 - c. vanuit een AWBZ-instelling, bedoeld in dit artikel onder omschrijving, punt 1 b, naar:
 - een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komt;
 - een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komt;
 - d. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel onder omschrijving punt 1 a, b of c.

Ambulancevervoer is vervoer van zieken en ongevals slachtoffers en hun begeleiders met ambulance-auto's.

2. zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder, instelling of woning, als bedoeld onder punt 1.

U hebt dit recht uitsluitend in de volgende situaties:

- a. u moet nierdialyses ondergaan;
- b. u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
- c. u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
- d. uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen;
- e. u bent voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor u leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Deze hardheidsclausule geldt per jaar.

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden (maximaal 12) dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250.

Bijvoorbeeld: u had 5 maanden vervoer nodig voor 2 keer per week en de reisafstand enkele reis was 25 kilometer. Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan Turien & Co./VGZ vervoer van twee begeleiders toestaan.

Door

1. Ambulancevervoer: vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Zittend ziekenvervoer:
 - taxivervoerder;
 - openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse;
 - eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,27 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 92,- per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. U hebt geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming

U hebt alleen voorafgaande toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer.

U kunt met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer toestemming aanvragen. Dit formulier kunt u vinden op www.turien.nl of telefonisch opvragen. Het telefoonnummer staat rechtsboven op uw polisblad.

Bijzonderheden

1. Als Turien & Co./VGZ u toestemming geeft om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
2. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan Turien & Co./VGZ toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door Turien & Co./VGZ aan te geven vervoermiddel.

Zorgbemiddeling

ARTIKEL 35. ZORG- EN WACHTLIJSTBEMIDDELING

Omschrijving:

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens de Turien & Co./VGZ Zorgverzekering. U kunt voor deze zorgbemiddeling een beroep doen op de afdeling Zorgadvies en bemiddeling van Turien & Co./VGZ.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Turien & Co./VGZ kijkt samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Als er geen oplossing kan worden geboden of als de zorg door deze oplossing niet-tijdig kan worden geleverd, mag u gebruik maken van een zorgaanbieder waarmee Zorgverzekeraar VGZ geen overeenkomst heeft gesloten. De kosten van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoedt Turien & Co./VGZ tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

