

VERZEKERINGSVOORWAARDEN
BASISPAKKET EN UITBREIDING BASISPAKKET
2023



STICHTING ZIEKTEKOSTENVERZEKERING KRIJGSMACHT

INHOUD

DEEL 1	ALGEMEEN	5
Artikel 1	Begripsomschrijvingen	5
Artikel 2	Verplichtingen van de deelnemer	15
	2.1 Bijzondere regels	15
	2.2 Indeling in verpleegklasse	16
	2.3 Procedure bij aanmelding	16
	2.4 Het melden van wijzigingen	16
	2.5 Het aanvragen van machtigingen	16
	2.6 Overige verplichtingen van de deelnemer	17
Artikel 3	Omvang van de dekking	17
DEEL 2	BASISVOORZIENINGEN BASISPAKKET	19
Artikel 4	Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke Gezondheidszorg)	19
Artikel 5	Curatieve geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	26
	5.1 Curatieve GGZ zonder verblijf	28
	5.2 Outreachende Curatieve GGZ	30
	5.3 Curatieve GGZ met verblijf	32
	5.4 Forensische en beveiligde zorg	33
Artikel 6	Verblijf in een instelling (anders dan GGZ)	34
Artikel 7	Farmaceutische zorg en dieetpreparaten	35
Artikel 8	Hulpmiddelen en verbandmiddelen	39
Artikel 9	Fysiotherapie en oefentherapie	40
Artikel 10	Logopedie	40
Artikel 11	Behandeling door of vanwege de huisarts	40
Artikel 12	Gecombineerde leefstijlinterventie	40
Artikel 13	Bevalling en kraamzorg	41
	13.1 Preconceptiezorg	41
	13.2 Prenatale zorg	41
	13.3 Kraampakket	41
	13.4 Cursussen	42
	13.5 Bevalling thuis of in een ziekenhuis of een geboortecentrum	42
	13.6 Kraamzorg	42
	13.7 Hulp bij borstvoeding	43
Artikel 14	Tandheelkundige verstrekkingen en vergoedingen	44
Artikel 15	Vervoer	48
Artikel 16	Erfelijkheidsonderzoek	50
Artikel 17	Audiologische zorg	50
Artikel 18	Diëtetiek	50
Artikel 19	Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen	51

Artikel 20	Stoppen met roken	51
Artikel 21	Herstelzorg in verband met COVID-19	52
DEEL 3	BIJZONDERE AANSPRAKEN BASISPAKKET	53
Artikel 22	Buitenlanddekking	53
Artikel 23	Gezichtsbehandelingen	55
Artikel 24	Alternatieve geneeskunde	55
Artikel 25	Orthoptische behandelingen door een orthoptist	56
Artikel 26	Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	56
Artikel 27	Sterilisatie	56
Artikel 28	Flebologische behandeling	56
Artikel 29	In vitro fertilisatie (IVF)	57
Artikel 30	Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	57
Artikel 31	Preventieve geneeskunde	58
Artikel 32	Oedeemtherapie door de huidtherapeut	58
Artikel 33	Podotherapie en pedicure	58
Artikel 34	Stottertherapie	59
Artikel 35	Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel	59
Artikel 36	Huur van apparatuur voor uitwendige geneeswijzen	59
Artikel 37	Ergotherapie	59
Artikel 38	Hospicezorg	59
Artikel 39	Preventieve inenting en malariapillen	60
Artikel 40	Grieprik	60
Artikel 41	Huishoudelijke hulp	60
Artikel 42	Verblijfkosten in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek of familiehuis Daniël den Hoed	60
DEEL 4	WLZ-AANSPRAKEN	61
Artikel 43	Wlz-zorg	61
DEEL 5	UITBREIDING BASISPAKKET	62
Artikel 44	Genees- en verbandmiddelen	62
Artikel 45	Hartrevalidatie	62
Artikel 46	Verpleging en verzorging (wijkverpleging)	62
Artikel 47	Oogchirurgie	63
Artikel 48	Consult en advies voor vrouwen	63
Artikel 49	Tandheelkundige verstrekkingen en vergoedingen	64
Artikel 50	Voltooiing behandeling na beëindiging actieve dienst	64
Artikel 51	Functionele indicatie	64

Artikel 52	Obductie	64
Artikel 53	Zintuiglijk gehandicaptenzorg	65
DEEL 6	DECLARATIE VAN KOSTEN	67
Artikel 54	Geldend maken van aanspraken	67
Artikel 55	Inzenden van nota's	67
Artikel 56	Uitbetaling van vergoedingen of tegemoetkomingen	68
Artikel 57	Uitsluitingen van vergoeding	69
Artikel 58	Fraude	70
Artikel 59	Hardheidsbepaling	70
DEEL 7	OVERIGE BEPALINGEN	71
Artikel 60	Vrije keuze van zorgaanbieders en instellingen	71
Artikel 61	Begin en einde van de dekking	71
Artikel 62	Telefonische en mondelinge informatie	71
Artikel 63	Kennisgevingen	71
Artikel 64	Duur en einde van de verzekering	71
Artikel 65	Premiebetaling	71
Artikel 66	Rechtsbescherming	72

DEEL 1 ALGEMEEN

ARTIKEL 1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

ACUTE ZORG

Medisch noodzakelijke zorg, die geen uitstel gedooft.

AMA

Algemeen Militair Arts.

AMAR

Algemeen militair ambtenarenreglement.

AMBULANCEVERVOER

Het medisch noodzakelijk vervoer van zieken en gewonden per ambulance.

ANTROPOSOFISCHE EN HOMEOPATHISCHE GENEESMIDDELEN

Geneesmiddelen, die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en antroposofische en homeopathische producten die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben.

APOTHEEKHOUDEND HUISARTS

Een huisarts, aan wie krachtens artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet, vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

APOTHEKER

Een apotheker, die als zodanig staat geregistreerd volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

ARTS

Een arts, die is geregistreerd conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

AUDIOLOGISCH CENTRUM

Een instelling, die als zodanig is toegelaten volgens de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).

AUDIOLOGISCHE ZORG

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

BEDRIJFSARTS

Een arts, die is ingeschreven in het desbetreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten. De bedrijfsarts, of de instelling waarvoor de bedrijfsarts werkt, dient een overeenkomst met de SZVK te hebben afgesloten.

BURGERSERVICENUMMER (BSN)

Een uniek identificerend persoonsnummer voor iedere burger, waarmee de burger bij ieder (digitaal) loket in de publieke sector terecht kan.

BIJNA-THUIS-HUIS

Een Bijna-Thuis-Huis is een huis, waar deelnemers die ongeneeslijk ziek zijn, kunnen verblijven in de laatste periode van hun leven.

BRUIKLEEN

De deelnemer kan een hulpmiddel in bruikleen gebruiken zolang de deelnemer hierop is aangewezen en zolang de deelnemer bij de SZVK is verzekerd. De deelnemer sluit met de SZVK of zorgaanbieder een overeenkomst, waarin de rechten en plichten van de deelnemer zijn opgenomen. Hulpmiddelen in bruikleen kan de deelnemer alleen in bruikleen krijgen bij een zorgaanbieder waarmee de SZVK een contract heeft gesloten.

BUITENLAND

Buiten het Europees deel van het Koninkrijk der Nederlanden.

CENTRUM VOOR BIJZONDERE TANDHEELKUNDE

Een universitair centrum of een centrum dat is aangesloten bij het Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen; het gaat daarbij om een behandeling die een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

CENTRUM VOOR ERFELIJKHEIDSADVIES

Een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

DAGVERPLEGING

Korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis, waarvan de noodzaak te voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een medisch-specialist.

DEELNEMER

De militair in werkelijke dienst, als bedoeld in artikel 90. sub a. van het AMAR.

DEFENSIE

Ministerie van Defensie.

DGO

Defensie Gezondheidszorg Organisatie.

DIAGNOSE-BEHANDELCOMBINATIE (DBC)

Een dbc beschrijft door middel van een dbc-code, die wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose, die de zorgaanbieder stelt inclusief de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat de deelnemer zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch-specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

DIËTIST

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

EIGEN BIJDRAGE

Kosten van zorg die door de ziektekostenverzekering gedekt zijn, maar waarvan in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat een verzekerde die gedeeltelijk zelf moet betalen. De eigen bijdrage kan bijvoorbeeld een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg.

ERGOTHERAPEUT

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

EU- / EER-LANDEN

Een overzicht van de landen die behoren tot de EU (Europese Unie) en de EER (Europese Economische Ruimte) is te vinden op de website van het CAK.

FARMACEUTISCHE ZORG

De aflevering van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de SZVK vastgestelde Reglement farmaceutische zorg SZVK.

FRAUDE

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

FYSIOTHERAPEUT

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

FUNCTIONELE INDICATIE

Er is sprake van een functionele indicatie als de militair bij het uitoefenen van de taak of functie, waarvoor de militair door zijn commandant is aangewezen, een beperking heeft, die alleen kan worden opgeheven door de verstrekking van een specifiek hulpmiddel of door een specifieke heelkundige ingreep. Meer informatie is te vinden in artikel 51 en het Reglement functionele indicatie SZVK.

GEBOORTECENTRUM

Een instelling voor verloskundige zorg. U kunt hier bevallen en eventueel verblijven gedurende de kraamperiode na de bevalling.

GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG (GRZ)

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg, zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van twee of meer ziekten) en afgenomen leervermogen en de verminderde trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen, dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.



GEWICHTSGERELATEERD GEZONDHEIDSRISICO (GGR)

Het GGR geeft aan in welke mate het gezondheidsrisico is verhoogd. Deze maat wordt bepaald door de Body Mass Index (BMI) in combinatie met de aanwezigheid van risicofactoren voor een bepaalde aandoening of van bestaande aandoeningen.

GEZONDHEIDSZORGPSYCHOLOOG

Een gezondheidszorg(GZ-)psycholoog, die is geregistreerd conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

GECONTRACTEERDE ZORG

Tussen de SZVK en de zorgaanbieder is voor bepaalde zorg een overeenkomst gesloten, waarbij de overeenkomst tenminste bepalingen inhoudt over de te verlenen zorg en de daarvoor in rekening te brengen prijs.

GENERALISTISCHE BASIS GGZ

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek.

GESPECIALISEERDE GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische aandoeningen.

GGZ

Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-INSTELLINGEN

Instellingen, die geneeskundige zorg leveren in verband met een psychiatrische aandoening, en die als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toetreding zorgaanbieders.

HUISARTSENDIENSTENSTRUCTUUR (HUISARTSENPOST)

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen.

HOSPICEZORG

Hospicezorg is kortdurende opvang in een instelling waar ernstig zieke mensen in de laatste fase van hun leven worden begeleid en verzorgd door professionele hulpverleners en/of vrijwilligers.

HUISARTS

Een (militair) arts, die is belast met de eerstelijns geneeskundige zorg van de eenheid waarbij de deelnemer is ingedeeld. Ook de AMA belast met de eerstelijns geneeskundige zorg van de eenheid waarbij de deelnemer is ingedeeld, wordt gezien als huisarts.

HULPMIDDELEN

De in de Regeling zorgverzekering vastgestelde lijst van hulpmiddelen en het daarbij door de SZVK vastgestelde Reglement hulpmiddelen SZVK inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften. Het betreft hier een gebruiksklaar hulpmiddel dat werkt en waarvan de deelnemer weet hoe met het hulpmiddel moet worden omgegaan. Een gebruikersinstructie is onderdeel van het hulpmiddel.

INSTELLING

1. Een instelling in de zin van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza);
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 die zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

INVITROFERTILISATIEPOGING (IVF)

Zorg volgens de invitrofertilisatiemethode, inhoudende:

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

KAAKCHIRURG

Een tandarts, die is geregistreerd in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

KINDER- EN JEUGDPSYCHOLOOG

Een kinder- en jeugdpsycholoog, die is ingeschreven in het Register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

KLINISCH FYSICUS AUDIOLOOG

Een klinisch fysicus audioloog die als zodanig geregistreerd is in het register van Klinisch Fysici van de Stichting Opleiding Klinisch Fysicus (OKF).

KLINISCH (NEURO)PSYCHOLOOG

Een gezondheidszorgpsycholoog, die als klinisch (neuro)psycholoog is geregistreerd conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

KLINISCH TECHNOLOOG

Tot het gebied van deskundigheid van de klinisch technoloog of technisch geneeskundige wordt gerekend het optimaliseren van bestaande technisch medische handelingen alsmede het ontwerpen en ontwikkelen van nieuwe diagnostische methoden en therapieën met behulp van technologie en het verrichten van complexe technisch medische handelingen binnen het technisch medische deelgebied van de geneeskunst waarin de klinisch technoloog is opgeleid.

KNMG

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) is een federatie van beroepsverenigingen van artsen en de vereniging De Geneeskundestudent en behartigt de belangen van artsen in Nederland.

KOSTEN

De door de zorgaanbieder, de leverancier of de instelling waar de behandeling plaatsvindt te declareren tarieven, die op grond van de door de SZVK overeengekomen tarieven, dan wel de Wmg-tarieven, dan wel de tarieven conform de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders SZVK in rekening worden gebracht.

**KRAAMCENTRUM**

Een instelling die volgens de WTZi als kraamcentrum is toegelaten. Een kraamcentrum verleent kraamzorg in de thuissituatie, een geboortecentrum en/of een kraamhotel.

KRAAMPAKKET

Het door de SZVK te verstrekken pakket benodigheden ten behoeve van de bevalling en kraamzorg.

KRAAMVERZORGENDE

Een kraamverzorgende, die in het bezit is van een erkend diploma voor kraamverzorging/kraamverpleging en die geregistreerd staat bij het Kenniscentrum Kraamzorg.

KRAAMZORG

De zorg na de geboorte, verleend door een kraamverzorgende of verpleegkundige, waarbij deze ten huize van de deelnemer verblijft en zowel deze deelnemer, haar kind als de huishouding verzorgt.

KRAAMZORGORGANISATIE

Een volgens de wet als zodanig toegelaten instelling.

LABORATORIUMONDERZOEK

Onderzoek door een laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is toegelaten.

LACTATIEKUNDIGE

Een lactatiekundige, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of de Vereniging Specialisten Borstvoeding en Babybegeleiding (VSBB).

LEEFSTIJLCOACH

Leefstijlcoach die is ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) of een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut met een aantekening als leefstijlcoach in hun eigen kwaliteitsregister.

LOGOPEDIST

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

MACHTIGING

De voorafgaande schriftelijke toestemming van de SZVK voor de afname van bepaalde zorg, die door of namens de SZVK aan de deelnemer wordt verstrekt.

MEDISCH ADVISEUR

Een (para)medisch deskundige, die de SZVK adviseert in (para)medische aangelegenheden. De deskundige is ingeschreven in het register zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

MEDISCH SPECIALIST

Een arts, die is geregistreerd in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Een kaakchirurg wordt gelijkgesteld aan een medisch-specialist.

MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

Zorg of onderzoek zoals medisch specialisten die plegen te bieden en behoort tot het specialisme waarvoor de medisch-specialist is ingeschreven.

MEDISCHE NOODZAAK

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling, die door de internationale wetenschap is beproefd en deugdelijk is bevonden.

MGD

Militair Geneeskundige Dienst, het geheel van militair geneeskundige voorzieningen met inbegrip van het Centraal Militair Hospitaal (CMH), het Militair Revalidatie Centrum (MRC), de Militaire Geestelijke Gezondheidszorg en de Defensie Tandheeskundige Dienst (DTD).

MONDHYGIËNIST

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

NEDERLAND

Het Europees deel van het Koninkrijk der Nederlanden.

NIET-KLINISCHE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

- Het onderzoek of de behandeling door een medisch-specialist dat/die niet plaatsvindt tijdens een ziekenhuis-verpleging van meer dan 24 uur;
- De diensten, die in rechtstreeks verband met dit onderzoek of deze behandeling op voorschrift van de medisch-specialist plaatsvinden, worden verleend door een ziekenhuis of door een erkend laboratorium.

NZA

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland. De organisatie ziet toe op zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars, op zowel curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg (Care). Het doel daarbij is toegankelijke, betaalbare en goede zorg voor iedereen. Tevens richt de NZa zich op het pro-actief vaststellen van condities voor marktwerking en de handhaving daarvan.

OBDUCTIE

Een obductie is een onderzoek naar de doodsoorzaak.

OEFENTHERAPEUT CESAR/OEFENTHERAPEUT MENSENDIECK

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

OPNAME

Verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

ORTHODONTIST

Een tandarts, die is geregistreerd in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheeskunde.

ORTHOPEDAGOOG-GENERALIST

Een orthopedagoog-generalist, die is ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

ORTHOPTIST

Een orthoptist, die in het bezit is van een door het Nederlands Oogheelkundig Genootschap erkend diploma.

PAKKET STICHTING ZIEKTEKOSTENVERZEKERING KRIJGSMACHT (SZVK)

Het ziektekostenverzekeringspakket bestaande uit:

- Het basispakket;
- De uitbreiding op het basispakket.

PEDICURE

- Een medisch-pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
- Een pedicure met aantekening 'Diabetes voet';
- Een pedicure met aantekening 'Reumatische voet';
- Een pedicure die is geregistreerd in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo;
- Een pedicure die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV) van de Nederlandse Maatschappij Medisch Voetzorgverleners (NMMV).

PODOTHERAPEUT

Podotherapeut, die is ingeschreven in het kwaliteitsregister Paramedici (KP).

PSYCHIATER

Een arts, die als psychiater is ingeschreven in het Specialistenregister, ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

PSYCHOTHERAPEUT

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

RATIONELE FARMACOTHERAPIE

Rationele farmacotherapie is de behandeling, preventie of diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur, met het geneesmiddel dat tevens het meest economisch is voor de verzekering.

REVALIDATIE

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, dat is verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor revalidatie.

STAFARTS

De stafarts is het hoofd van de geneeskundige staf van het desbetreffende operationele commando alsmede de stafarts van de Koninklijke Marechaussee en is de intermediair met de DGO inzake medische inhoudelijke aangelegenheden. De stafarts vormt het escalatieniveau in zake het stellen van functionele indicaties.

**STICHTING**

De Stichting Ziekttekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK).

TANDHEELKUNDIG ADVISEUR

Een tandarts, die de SZVK in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

TANDARTS

Een tandarts, die is geregistreerd conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

TANDPROTHETICUS

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

TECHNIEKKOSTEN

De kosten verband houdende met tandtechnische werkzaamheden in opdracht van de tandarts of tandarts-specialist. Tevens de materiaal-/laboratoriumkosten behorende bij alle tandheelkundige behandelingen genoemd in deze verzekeringsvoorwaarden.

UR-GENEESMIDDEL

Een UR-geneesmiddel is een geneesmiddel dat uitsluitend op recept bij de apotheek verkrijgbaar is.

VERBLIJF

Opname met een duur langer dan 24 uur.

VERDRAGSLAND

Elke staat, anders dan EU-/EER-staat, waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (alleen bij verblijf korter dan één jaar), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Macedonië, Marokko, Servië, Montenegro, Tunesië, Turkije en het Verenigd Koninkrijk.

VERIFICATIE

Controle door de SZVK of een geneeskundige verstrekking aan een deelnemer volgens de door de SZVK gestelde regels is uitgevoerd en voor vergoeding in aanmerking komt.

VERLOSKUNDIGE

Een verloskundige, die als zodanig is geregistreerd conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

VERPLEEGKUNDIGE

Een verpleegkundige, die als zodanig is geregistreerd conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.

VERPLEEGKUNDIG-SPECIALIST

Een verpleegkundig-specialist, die als zodanig is geregistreerd conform de voorwaarden in artikel 14 van de Wet BIG.

VERWIJSBRIEF

Het document, dat de verwijzend arts opmaakt om de zorgaanbieder, waarnaar de patiënt is verwezen te informeren over relevante achtergronden en vraagstelling.

**VERWIJSKAART**

Met dit document geeft de verwijzend militair arts aan dat betrokkene binnen de richtlijn naar een civiele zorgaanbieder is verwezen of is geweest.

VERZEKERDENNUMMER

Het nummer, waaronder de deelnemer in de administratie van de SZVK bekend is.

VERZEKERINGSBEWIJS

Het verzekeringsbewijs bestaat uit een bewijs van inschrijving en de bij de verzekering behorende premie- specificatie.

VMA

Verantwoordelijk Militair Arts.

VWS

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

WET BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

WLZ

Wet langdurige zorg.

WMG

De wet marktordening gezondheidszorg die onder andere regelt welke prestatie en prijs door zorgaanbieders bij de zorgverzekeraars mag worden gedeclareerd.

WMG-TARIEVEN

Tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

ZELFSTANDIG BEHANDELCENTRUM (ZBC)

Een zelfstandig behandelcentrum is een kliniek, die voldoet aan de bij of krachtens wet gestelde regels, waarin minstens twee specialisten samenwerken.

ZIEKENHUIS

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van ziekten, die als ziekenhuis conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.

ZORGAANBIEDERS

Personen en instellingen in de gezondheidszorg, die binnen het kader van deze overeenkomst zorg leveren.

ZORGGROEP

Een organisatie (van doorgaans overwegend eerstelijnszorg zorgaanbieders) om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en/of uit te voeren.

ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) behartigt de belangen van de ondernemingen die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden.

ARTIKEL 2 VERPLICHTINGEN VAN DE DEELNEMER

2.1 BIJZONDERE REGELS

- LID 1** Als er niets anders is bepaald, hebben de regels in dit artikel voorrang boven de andere regels in deze verzekeringsvoorwaarden. Als hoofdregel geldt: De deelnemer moet zich voor geneeskundige en tandheelkundige zorg alsmede geestelijke gezondheidszorg melden bij de Militair Geneeskundige Dienst (MGD) (zie Beleidsaanwijzing Militaire Gezondheidszorg DMG/003). Alleen in acute situaties en in gevallen, waarin de MGD de zorg niet kan bieden, mag van burgerfaciliteiten gebruik worden gemaakt. In de kosten van acute behandelingen in de civiele sector wordt alleen een tegemoetkoming verleend als het volgende van toepassing is:
- a. Er wordt binnen 48 uur melding van de behandeling gemaakt aan de verantwoordelijke militaire arts van de voor de deelnemer aangewezen Militair Geneeskundige Dienst;
 - b. Bij een tandheelkundige behandeling dient er sprake te zijn geweest van acute pijnklachten of de noodzaak tot het treffen van noodmaatregelen tot behoud van een element op zaterdag, zondag of feestdagen, dan wel van het (in het algemeen) niet beschikbaar zijn van de aan de deelnemer aangewezen militaire tandarts of burger contract-tandarts.
- LID 2** De deelnemer dient in ieder geval altijd de volgende regels in acht te nemen:
- Bij contact met een civiele zorgaanbieder (arts, fysiotherapeut e.d.) of zorginstelling (zoals een ziekenhuis) dient de deelnemer:
 - a. Een geldig bewijs van inschrijving te tonen;
 - b. De aan hem meegegeven verwijskaart te tonen;
 - c. Opgave te doen van de naam en het adres van de militaire arts naar wie de medische informatie (huisartsen- brief) moet worden verstuurd;
 - De deelnemer mag alleen gebruik maken van civiele zorgaanbieders als de Militair Geneeskundige Dienst (MGD) niet in staat zijn om de noodzakelijke hulp te verlenen. De militaire arts zal in dat geval een verwijsbrief en een verwijskaart verstrekken aan de militair en een kopie verwijskaart naar de SZVK sturen. Indien de deelnemer naar een niet gecontracteerde civiele aanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot de door ons maximaal vastgestelde tarieven. Dit kan betekenen dat de deelnemer geen volledige vergoeding van de nota krijgt;
 - De deelnemer heeft alleen recht op vergoeding van tandheelkundige zorg verleend door de Defensie Tandheelkundige Dienst. Om voor vergoeding in aanmerking te komen voor civiele tandheelkundige zorg, is een verwijskaart noodzakelijk van de militaire tandarts. Voor paradontale behandelingen vallende onder PPS2 en uitgevoerd door de mondhygiënist is een verwijsbrief noodzakelijk van de DTD. Ook voor orthodontische hulp is een verwijsbrief van de DTD noodzakelijk.
- LID 3** In de voorwaarden van de SZVK wordt gebruik gemaakt van termen als huisarts, bedrijfsarts, medisch-specialist, tandarts e.d. Hiermee wordt bedoeld de militaire zorgaanbieder (of de civiele zorgaanbieder naar wie hij is verwezen door een militaire arts).

2.2 INDELING IN VERPLEEGKLASSE

Ten aanzien van de verpleegklasse heeft de deelnemer bij ziekenhuisopname in voorkomend geval recht op verpleging in de hoogste klasse.

2.3 PROCEDURE BIJ AANMELDING

De deelnemer wordt automatisch aangemeld door of namens Defensie.

Iedere deelnemer ontvangt eens per twee jaar een exemplaar van de verzekeringsvoorwaarden. De verzekeringsvoorwaarden zijn ook te vinden op www.szvk.nl.

De verstrekte persoonsgegevens worden opgenomen in de door de SZVK gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is het privacyreglement SZVK van toepassing, dat te vinden is op www.szvk.nl.

2.4 HET MELDEN VAN WIJZIGINGEN

De deelnemer dient de SZVK binnen 30 dagen schriftelijk in kennis te stellen van veranderingen in de omstandigheden die gevolgen kunnen hebben voor de verzekering.

2.5 HET AANVRAGEN VAN MACHTIGINGEN

- LID 1** Indien voor de toekenning of tegemoetkoming vooraf verstrekking van een machtiging is vereist, is de deelnemer verplicht vooraf zorg te dragen voor de aanvraag van de machtiging. De aanvraag dient te zijn ondertekend door de behandelend arts of tandarts.
- LID 2** Indien een machtiging naar tijdsduur is beperkt of voor een bepaald aantal behandelingen is verleend en verlenging noodzakelijk is, moet de deelnemer ervoor zorgdragen dat tijdig een verlenging van de machtiging wordt gevraagd.
- LID 3** Indien de deelnemer kan aantonen, dat het niet tijdig aanvragen van de machtiging of van de verlenging van de machtiging het gevolg is van omstandigheden die het hem redelijkerwijs onmogelijk maakten aan zijn verplichtingen te voldoen, kunnen bij wijze van uitzondering de in lid 1 van dit artikel bedoelde vergoedingen of tegemoetkomingen worden uitgekeerd, indien naar het oordeel van de medisch adviseur of van de tandheelkundig adviseur de machtiging of de verlenging daarvan alsnog kan worden verleend.

2.6 OVERIGE VERPLICHTINGEN VAN DE DEELNEMER

De deelnemer is verplicht:

- a. De behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien daarom gevraagd wordt;
- b. Aan de SZVK, haar medisch adviseur of aan hen die met controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
- c. Indien de opname of behandeling het gevolg is van een ongeval, dit direct te melden aan de SZVK en de SZVK behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- d. Bij niet-klinische medisch-specialistische behandeling, waaronder mede wordt verstaan fysiotherapie en oefen-therapie, een verwijfsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt dat poliklinische zorg en/of vervoer medisch noodzakelijk is (geweest). Voor behandeling door een oogarts is geen verwijfsbrief nodig.

Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft de SZVK geen kosten te vergoeden.

ARTIKEL 3 OMVANG VAN DE DEKKING

LID 1 Het pakket SZVK is als volgt opgebouwd:

- a. Het basispakket, verdeeld in:
 - Basisvoorzieningen basispakket;
 - Bijzondere aanspraken basispakket;
- b. De aanspraken vanwege de Wet langdurige zorg (Wlz);
- c. De uitbreiding op het basispakket.

De dekking omvat de in Nederland gemaakte kosten van geneeskundige verzorging. Voor tijdelijk verblijf in het buitenland geldt de in artikel 22 opgenomen buitenlanddekking. Bij vestiging in het buitenland gelden de in artikel 22 lid 4 en artikel 43 opgenomen bepalingen.

De SZVK dekt de kosten van de in de artikelen 4 tot en met 52 aangegeven medische behandelingen en middelen, indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat en volgens de in deze artikelen aangegeven andere voorwaarden. Daarnaast gelden de in artikel 2 opgenomen verplichtingen.

LID 2 Vergoeding van de kosten vindt plaats tot de in het desbetreffende zorgartikel genoemde maximale vergoedingen. Als er geen maximale vergoedingen worden genoemd, dan worden de kosten vergoed op basis van de tarieven, die voor die vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de SZVK en de desbetreffende zorgaanbieders. Als er voor die zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, dan vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Indien de SZVK geen tarief met de zorgaanbieder is overeengekomen voor fysiotherapie, oefen-therapie, diëtetiek en ergotherapie wordt respectievelijk een vergoeding verleend conform de Lijst maximale vergoedingen fysiotherapie SZVK, de Lijst maximale vergoedingen oefen-therapie SZVK, de Lijst maximale vergoedingen diëtetiek SZVK of de Lijst maximale vergoeding ergotherapie SZVK. Als er geen Wmg-tarieven gelden en er is geen lijst maximale vergoedingen van toepassing, dan worden de kosten vergoed tot de maximaal in Nederland geldende marktconforme tarieven.

LID 3 In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de



voorwaarden. Het gaat om de volgende documenten:

- Lijst maximale vergoedingen diëtetiek SZVK;
- Lijst maximale vergoedingen ergotherapie SZVK;
- Lijst maximale vergoedingen fysiotherapie SZVK;
- Lijst maximale vergoedingen oefentherapie SZVK;
- Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg;
- Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie;
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders (de Zorgzoeker);
- Regeling zorgverzekering;
- Reglement farmaceutische zorg;
- Reglement hulpmiddelen;
- Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging;
- Het privacyreglement.

DEEL 2 BASISVOORZIENINGEN BASISPAKKET

ARTIKEL 4 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG (EXCLUSIEF GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG)

LID 1 MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG IN EEN ZIEKENHUIS, EEN ZELFSTANDIG BEHANDELCENTRUM OF EEN HUISPRAKTIJK

Vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. De zorg wordt verleend door een medisch-specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de desbetreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig-specialist of physician assistant (PA).

Onder medisch-specialistische zorg is ook begrepen:

- Eenmalige korte stopadviezen in het kader van stoppen met roken;
- Second opinion door een medisch-specialist. Er is sprake van een second opinion als aan de volgende voorwaarden is voldaan: er is een verwijkskaart van de behandelend huisarts of medisch-specialist voor een second opinion. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van de deelnemer zoals reeds besproken met de eerste behandelaar. De deelnemer moet met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling;
- Medisch noodzakelijke circumcisie.

LID 2 VOORWAARDEN

De volgende bepalingen gelden:

- a. De deelnemer is voor medisch-specialistische zorg in eerste instantie aangewezen op het Centraal Militair Hospitaal (CMH). Als het CMH de deelnemer doorverwijst voor een behandeling zoals onderstaand vermeld, vindt de deelnemer de door de SZVK op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg gecontracteerde zorgaanbieders in het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders in de Zorgzoeker op www.szvk.nl. Dit betekent dat de SZVK bepaalde medisch-specialistische zorg alleen inkoopt bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria;
- b. Er is een verwijkskaart noodzakelijk van een huisarts, verpleegkundig-specialist, physician assistant (PA), SEH-arts (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch-specialist of kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysicus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent;
- c. Indien er sprake is van een onacceptabele wachttijd voor medisch-specialistische zorg kan er contact opgenomen worden via telefoonnummer 088 - 0 270 700;
- d. Voor een aantal medisch-specialistische behandelingen is voorafgaande schriftelijke toestemming van de SZVK vereist. Deze behandelingen staan op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg. De lijst is raadpleegbaar op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: 088 - 0 270 700.

LID 3 BEHANDELING VAN PLASTISCH-CHIRURGISCHE AARD



Wij vergoeden behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor het corrigeren van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslaptte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, danwel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
- d. de volgende aangeboren misvormingen:
 - 1. lip-, kaak- of gehemeltespelten;
 - 2. misvorming van het benig aangezicht;
 - 3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 - 4. geboortevlekken, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking;
 - 5. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;

Voorafgaand aan de behandeling is schriftelijke toestemming van de SZVK vereist.

LID 4 VOORWAARDELIJK TOEGELATEN ZORG

Onder medisch-specialistische zorg is ook begrepen:

- a. Tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover de deelnemer deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. Tot 1 oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover de deelnemer deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIIB en IIIC melanoom na complete resectie, voor zover de deelnemer deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. Van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover de deelnemer deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover de deelnemer deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover de deelnemer deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover de deelnemer deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. Van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023 langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, naar deze zorg;
- i. Van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023 langdurige actieve fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling bij patiënten met reumatoïde artritis met ernstige functionele beperkingen, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, naar deze zorg;
- j. Van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover de deelnemer deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 Nusinersen (Spinraza) voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover de deelnemer deelneemt aan het onderzoek zoals hieronder vermeld.
- l. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie (HIPEC) toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom voor zover de deelnemer deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- m. Vanaf 1 juli 2021 tot 1 augustus 2025 behandeling met blaasvloeistoffen met chondroitinesulfaat en/of hyaluronzuur bij patiënten met blaaspijnsyndroom en niet transurethraal behandelbare Hunnerse laesies (blaasinstillaties);
- n. De vormen van zorg die door de wetgever na 1 januari 2022 voorwaardelijk worden toegelaten tot het verzekerde pakket. Op onze website www.szvk.nl vindt u een actueel overzicht van de vormen van zorg die na 1 januari 2022 voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket.

Onder onderzoek wordt verstaan:

- Hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMw) wordt gefinancierd en/of;
- Aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien de deelnemer:
 1. Wel voldoet aan de zorginhoudelijke criteria, maar niet voldoet aan de andere criteria voor deelname aan het onderzoek of;
 2. Niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of;
 3. Heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor de deelnemer is voltooid.

De Minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Het meest actuele overzicht is opgenomen in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is raadpleegbaar op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: 088 - 0 270 700.

LID 5 DIALYSE

Aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten van dialyse verleend in een dialysecentrum, ziekenhuis of ten huize van de deelnemer.

Dialyse dient te worden verricht in overleg met en onder verantwoordelijkheid van een daartoe opgeleide medisch-specialist in een dialysecentrum, een ziekenhuis of bij de deelnemer thuis. Voor meer informatie kan de deelnemer www.szvk.nl raadplegen.

LID 6 TRANSPLANTATIES

De kosten van transplantatie van weefsels en organen verricht door een medisch-specialist in een ziekenhuis uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie, EER-lidstaat of het land van plaatsing. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land dan voornoemd, heeft de deelnemer alleen recht op deze zorg als de donor de echtgenoot, geregistreerd partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont. De geneeskundige zorg omvat tevens de vergoeding van specialistische geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor, specialistische geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van transplantatiemateriaal bij de gekozen donor en het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na schriftelijke toestemming vooraf door de SZVK. Vergoed worden tevens de kosten van verpleging en behandeling van de donor. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de desbetreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

Verder komen voor vergoeding in aanmerking 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. 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 deelnemer 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 gederfde inkomsten worden niet vergoed. Als de donor een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft afgesloten, komen de kosten van vervoer van de donor, zoals hiervoor vermeld, voor rekening van de zorgverzekering van de donor. Als de donor geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft afgesloten, komen de kosten van vervoer van de donor, zoals hiervoor vermeld, voor rekening van de SZVK ziektekostenverzekering.

LID 7 MECHANISCHE BEADEMING

De kosten verband houdend met noodzakelijke mechanische beademing, alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg, verblijf, verpleging en verzorging op voorschrift van een medisch specialist in een daartoe toegelaten beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de deelnemer. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de deelnemer bestaat aanspraak op:

- a. Het door het beademingscentrum voor elke behandeling aan de deelnemer gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- b. De met de mechanische beademing verband houdende medisch-specialistische en farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum. Voor het aanvragen van een tegemoetkoming in de vergoeding voor stroomkosten kan de deelnemer het aanvraagformulier op www.szvkn.nl gebruiken.

LID 8 MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE

Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat aanspraak indien er sprake is van een indicatie voor multidisciplinaire medisch specialistische revalidatiegeneeskunde en een verwijzing door een militair arts.

Er is een indicatie voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie als de revalidatiearts heeft vastgesteld dat er door ziekte of een aandoening sprake is (of dreigt te zijn) van complexe met elkaar samenhangende problemen met functies zoals motoriek, sensoriek, cognitie, spraak, taal en/of gedrag, waardoor activiteiten zoals zelfverzorging, zich verplaatsen denken, handelen en/of communiceren (dreigen te) worden belemmerd of beperkt en de deelnemer niet (meer) in staat is (of zal zijn) om de door hem gewenste sociaal maatschappelijke rol te vervullen.

Bovengenoemde problemen worden (mogelijk) veroorzaakt door aangeboren of verworven ziekten en/of aandoeningen van of zich uitend in het houdings- en bewegingsapparaat, het centrale en/of perifere zenuwstelsel, orgaanproblematiek of een combinatie hiervan.

Aangenomen kan worden dat de interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie de meest doelmatige behandeling is om deze belemmeringen of beperkingen te voorkomen, verminderen of overwinnen en de deelnemer geheel of gedeeltelijk invulling kan geven aan zijn rol in het gezin, op het werk, en vrijetijdsbesteding, etc.

De deelnemer is in staat om te leren, te trainen en actief deel te nemen aan de revalidatiebehandeling (of zal

dat binnen afzienbare termijn zijn).

Er is tevens een indicatie voor revalidatie wanneer verwacht mag worden dat door specifieke revalidatiegeneeskundige interventies, specifieke symptomen en/of secundaire gevolgen van de ziekte kunnen worden voorkomen, verminderd of opgeheven.

Er is een specifieke indicatie voor klinische behandeling als:

- Er op basis van bovenstaande in indicatie is voor interdisciplinaire revalidatie en door de medische situatie van de deelnemer, door complexe problematiek en/of door de noodzakelijke intensiteit van de verpleging en/of behandeling verblijf in de thuissituatie (nog) niet mogelijk is; of
- Verwacht kan worden dat klinische revalidatiebehandeling tot betere of snellere resultaten leidt dan poliklinische revalidatiebehandeling en/of dagelijkse verplaatsing onevenredige belasting tot gevolg heeft waardoor effectieve behandeling niet goed mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie bij langdurige onduidelijke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. De quickscan moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd;
- De militaire arbeidsrevalidatiebehandeling, welke gericht is op het duurzaam inzetbaar krijgen van de deelnemer met (dreigend) arbeidsverzuim.
- Oncologische revalidatie gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie. Bij oncologische revalidatie gaat het om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, het herstel, de conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie richt zich op alle fasen waarin de deelnemer zich kan bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

LID 9 GERIATRISCHE REVALIDATIE

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor geriatrische revalidatie. De deelnemer heeft recht op maximaal 6 maanden geriatrische revalidatie. In bijzondere gevallen kan de SZVK een langere periode toestaan. De deelnemer heeft alleen recht op deze zorg als:

- a. de zorg binnen een week aansluit op een opname in een instelling, tenzij er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid en sprake is van voorgaande medisch specialistische zorg voor deze aandoening; en
- b. er heeft triage (in de vorm van een geriatrisch assessment) plaatsgevonden voor de geriatrische revalidatiezorg door een (klinisch) geriater, internist ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde; en
- c. de deelnemer vóór de opname in het ziekenhuis niet in een Wlz-instelling voor samenhangende zorg verbleef; en
- d. de behandeling wordt klinisch gestart en heeft eventueel vervolg met deeltijd- of dagbehandeling en/of poliklinische behandeling; en
- e. geriatrische revalidatie wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

LID 10 BEHANDELINGEN IN VERBAND MET TRANSSEKSUALITEIT

LID 10.1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Wij vergoeden de volgende behandelingen:

- a. inwendige geslachtsveranderende operaties bij vastgestelde transseksualiteit;
- b. plastisch-chirurgische correctie van primaire uiterlijke geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit;
- c. plastisch-chirurgische correctie van secundaire uiterlijke geslachtskenmerken indien die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken of indien er sprake is van een verminking;
- d. psychische ondersteuning bij genderidentiteitsproblematiek als onderdeel van het multidisciplinaire behandelingstraject;
- e. epilatie (ontharing) die door huidtherapeuten wordt verricht indien er sprake is van een verminking in de vorm van een passabiliteitsprobleem;
- f. aangezichtschirurgie, adamsappelreductie en stemverhogende operatie bij man-vrouw transseksuelen indien er sprake is van een verminking in de vorm van een passabiliteitsprobleem;
- g. uitwendige penisprothese tijdens de real-life-experience;
- h. foniatrie en logopedie;
- i. borstprothesen bij volledige afwezigheid van borstweefsel.

Passabiliteitsprobleem

Er is sprake van een passabiliteitsprobleem als een man-vrouw transseksueel vanwege het (nog altijd aanwezige) mannelijke gelaat, niet als vrouw wordt herkend, waardoor mensen in het voorbijgaan een schrikreactie vertonen of bevreemd of niet respectvol reageren. Duidelijk moet zijn welke onderdelen in het uiterlijk het passabiliteitsprobleem veroorzaken en hoe chirurgische correctie hiervan het passabiliteitsprobleem opheft. Voor ontharing van het gelaat geldt dat er sprake is van een passabiliteitsprobleem indien er ondanks scheren binnen 24 uur en camouflagemiddelen een nog altijd aanwezig mannelijk gelaat is door de baardtekening.

Uitsluitingen

De volgende behandelingen in verband met transseksualiteit worden niet vergoed:

- a. Epilatie van borst en ledematen;
- b. Contourcorrectie van borstkast en heupen;
- c. Uitwendige penisprothese na de real-life-experience;
- d. Psychosociale hulp die niet voldoet aan de psychische ondersteuning zoals genoemd in lid 10.1 onder d van dit artikel.

LID 10.2 VOORWAARDEN

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd conform de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transseksuelen van de WPATH (voorheen HBIGDA) en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum of erkend netwerk dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transseksuelen. Epilatie moet worden uitgevoerd door een gecertificeerde huidtherapeut voor transgenderzorg die is vermeld op de lijst van de NVH (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten). Voor behandelingen in verband met transseksualiteit is vooraf toestemming van de SZVK nodig.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist of gecertificeerd huidtherapeut.

ARTIKEL 5 CURATIEVE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

LID 1 ALGEMEEN

De gespecialiseerde GGZ (S-GGZ) en Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ) zijn per 1 januari 2022 vervangen door de overkoepelende term: Curatieve geestelijke gezondheidszorg (Curatieve GGZ).

GGZ settingen

Curatieve GGZ wordt in verschillende vormen geleverd. Dit worden 'settingen' genoemd. De Curatieve GGZ moet binnen één van de onderstaande settingen worden geleverd:

- a. Setting 1: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarbij de zorg is geleverd door een vrijgevestigde zorgaanbieder conform kwaliteitsstatuut sectie II.
- b. Setting 2: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarbij de zorg monodisciplinair is geleverd in een instelling conform kwaliteitsstatuut sectie III.
- c. Setting 3: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarbij de zorg multidisciplinair (door meer dan twee verschillende soorten behandelaren) is geleverd in een instelling conform kwaliteitsstatuut sectie III.
- d. Setting 4: zorgverlening die wordt gekwalificeerd als 'Outreaching'. Dit houdt in dat de zorgverlening plaatsvindt buiten de instelling en door een multidisciplinair team wordt geleverd.
- e. Setting 5: Klinische setting (behandeling met verblijf).
- f. Setting 6: Klinische setting (behandeling met verblijf) waarin in een instelling forensische en beveiligde zorg wordt geleverd.
- g. Setting 7: Ambulante setting (behandeling zonder verblijf) waarin forensische en beveiligde zorg wordt geleverd.
- h. Setting 8: setting waarin hoogspecialistische multidisciplinaire zorg wordt geleverd. Dit kan zowel ambulante (zonder verblijf) als klinisch (met verblijf) plaatsvinden. Deze zorg kan uitsluitend worden gedeclareerd door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder.

Voor iedere setting geldt dat er alleen aanspraak op vergoeding bestaat als er een medische noodzaak is voor behandeling in de desbetreffende setting. Op basis van de zorgvraag wordt de setting bepaald. Het genoemde kwaliteitsstatuut betreft door de beroepsgroep vastgestelde normen.

De noodzaak voor een bepaalde setting kan gedurende de behandeling wijzigen. Het is derhalve mogelijk dat gedurende de gehele behandeling de behandeling in opvolgend meerdere settingen plaatsvindt.

LID 2 VOORWAARDEN

Verwijzing

De deelnemer moet zich in eerste instantie wenden tot de MGD/MGGZ. De deelnemer moet een geldige verwijskaart hebben van een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of regiebehandelaar in de Curatieve GGZ. Dit geldt niet voor crisiszorg. Wel is per direct een verwijskaart nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt nadat de acute situatie voorbij is. Indien de deelnemer GGZ ontving op basis van de Jeugdwet en geen verwijsbrief heeft van een van hierboven genoemde verwijzers, dan heeft de deelnemer een nieuwe verwijskaart nodig.

Voorwaarden voor de verwijzing:

- a. de verwijzing is gedateerd;
- b. de verwijzing is voorafgaand aan de behandeling afgegeven;
- c. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verwijzend arts;
- d. de verwijzing bevat de (elektronische) handtekening van de verwijzend arts;
- e. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verzekerde;
- f. uit de verwijzing blijkt dat er sprake is van een vermoeden op een DSM V stoornis;
- g. de verwijzing is een gerichte verwijzing naar Curatieve GGZ;
- h. de verwijzing is niet langer dan 9 maanden voor de start van de behandeling gedateerd.

Kwaliteitsstatuut

De zorgaanbieder beschikt over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut dat voldoet aan de voorwaarden die de beroepsgroep daaraan heeft gesteld en werkt aantoonbaar conform dit kwaliteitsstatuut.

Overgangsregelingen

Indien de deelnemer een geldige verwijzing heeft van ten minste na 1 april 2021 voor zorg die voorheen in de generalistische basis GGZ of specialistische GGZ zou vallen, dan heeft de deelnemer recht op vergoeding van de zorg zoals in dit artikel is omschreven.

Indien de deelnemer in het jaar 2022 18 jaar wordt en op dat moment zorg ontvangt van een orthopedagoog-generalist NVO of een zorgaanbieder die als kinder- en jeugdpsycholoog NIP is ingeschreven in het verenigingsregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), dan mogen deze zorgaanbieders de zorg als regiebehandelaar blijven verlenen voor de duur van maximaal 365 dagen, te rekenen met ingang van de dag dat de deelnemer 18 jaar is geworden.

Wet langdurige zorg

De Wet langdurige zorg (Wlz) is voorliggend op de vergoeding vanuit de zorgverzekering. Indien tijdens de behandeling blijkt dat de behandeling in aanmerking kan komen voor bekostiging op grond van de Wet Langdurige Zorg zal de zorg niet meer vergoed worden op basis van de ziektekostenverzekering.

Interventies

De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De interventies die hieraan voldoen zijn opgenomen in de Lijst therapieën GGZ. In deze lijst staat welke therapieën wel en niet voldoen en in welke situaties ze mogen worden toegepast. Het overzicht is raadpleegbaar op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: 088 - 0 270 700.

Overdracht vordering

De deelnemer kan zijn vordering op de SZVK voor curatieve GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie de SZVK geen overeenkomst heeft gesloten. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

5.1 CURATIEVE GGZ ZONDER VERBLIJF

LID 1 TE VERGOEDEN ZIEKTEKOSTEN: SETTING 1, 2, 3, 8

Curatieve GGZ zonder verblijf in setting 1, 2, 3, en 8 betreft zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt. De zorg is gericht op de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, of op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Zorg geleverd binnen een vrijgevestigde praktijk (kwaliteitsstatuut sectie II) valt uitsluitend in setting 1.

LID 2 VOORWAARDEN: SETTING 1, 2, 3, 8

Zorgaanbieder curatieve GGZ zonder verblijf

De zorg wordt verleend door een zorgaanbieder of GGZ-instelling die conform de Wet toetreding zorgaanbieders (WTZa) zorg mag verlenen.

Voor laagcomplexe ggz (voorheen bekend als de generalistische basis-ggz) kunnen in een vrijgevestigde praktijk de volgende beroepen als regiebehandelaar optreden: GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch (neuro)psycholoog.

Voor hoogcomplexe ggz (voorheen bekend als de gespecialiseerde ggz) kunnen in een vrijgevestigde praktijk de volgende beroepen optreden als regiebehandelaar: psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog en psychiater.

Voor laagcomplexe ggz (voorheen bekend als de generalistische basis-ggz) kunnen de volgende beroepen in een GGZ-instelling als regiebehandelaar optreden: GZ-psycholoog, klinisch psycholoog / klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, verpleegkundig specialist ggz, specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater (indien dementie de hoofddiagnose is) en verslavingsarts (indien verslaving de hoofddiagnose is).

Voor hoogcomplexe ggz (voorheen bekend als de gespecialiseerde ggz) kunnen in een GGZ-instelling afhankelijk van de behandelsetting de volgende beroepen optreden als regiebehandelaar: psychiater, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist ggz, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verslavingsarts KNMG (indien verslaving de hoofddiagnose is), klinisch neuropsycholoog en klinisch geriater of specialist ouderengeneeskunde (indien dementie de hoofddiagnose is).

Bij hoogcomplexe ggz moet een psychiater en/of klinisch psycholoog vaststellen dat de zorg medisch noodzakelijk is en moet een psychiater en/of klinisch psycholoog aantoonbaar in voldoende mate direct betrokken zijn bij zowel de diagnostiek als bij cruciale momenten tijdens de behandeling. Deze rechtstreekse betrokkenheid moet blijken uit het medisch dossier.

Bij zowel laagcomplexe als hoogcomplexe ggz dient de regiebehandelaar aantoonbaar in voldoende mate

direct betrokken te zijn bij zowel de diagnosestelling als de behandeling.

Begeleidende disciplines

Medewerkers met een beroep zonder zelfstandige behandelbevoegdheid zijn ondersteunend aan de behandeling en verlenen niet het merendeel van de zorg binnen een behandeltraject. Wij noemen dit begeleidende disciplines.

LID 3 MACHTIGINGSVEREISTE BIJ NIET GECONTRACTEERDE ZORG ZONDER VERBLIJF

Indien u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat voor een behandeling met rTMS, ECT of Spravato, moet u daar vooraf van de SZVK een machtiging voor hebben ontvangen. Voor zorg te leveren door gecontracteerde zorgaanbieders geldt geen machtigingsvereiste.

Er is alleen vergoeding mogelijk voor rTMS bij de behandeling van een therapieresistente depressie in combinatie met cognitieve gedragstherapie tijdens de duur van het behandeltraject. Uit de aanvraag moet voldoende blijken dat aan de indicatiecriteria wordt voldaan. Daarnaast moet beschreven worden hoe en door wie de cognitieve gedragstherapie wordt geleverd. Indicatiecriteria voor rTMS bij een therapieresistente depressie zijn:

- a. Patiënten met een therapieresistente depressie. Therapieresistentie is hierbij als volgt gedefinieerd: het betreft patiënten met een depressie die voldoende lang behandeld zijn met twee evidence based therapieën. Deze therapieën kunnen bestaan uit twee evidence based farmacologische behandelingen of twee evidence based psychotherapieën of één evidence based farmacologische behandeling en één evidence based psychotherapie. Uitvragen van therapieresistentie gebeurt bij voorkeur aan de hand van de DM-TRD (met name de vragen over psychotherapie en medicatie).
- b. Patiënten die met rTMS zijn behandeld voor een therapieresistente depressie, die een recidief depressie krijgen na het staken van de rTMS.

Indien u onder behandeling bent bij een niet-gecontracteerde aanbieder en geïndiceerd bent voor een behandeling met ECT gelden de volgende voorwaarden:

- a. er dient een geldige verwijzing te zijn van de behandelend specialist;
- b. de verwijzing is gedateerd;
- c. de verwijzing is voorafgaand aan de behandeling afgegeven;
- d. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verwijzend arts;
- e. de verwijzing bevat de (elektronische) handtekening van de verwijzend arts;
- f. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verzekerde;
- g. de reden van verwijzing dient te voldoen aan de inclusiecriteria zoals geformuleerd in de Richtlijn Electroconvulsietherapie 2010 van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie;
- h. de behandeling vindt plaats bij een aanbieder die een overeenkomst heeft met DSW voor ECT;
- i. de behandeling vindt plaats conform de Richtlijn Electroconvulsietherapie 2010 van de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie, en
- j. en verwijzing is niet langer dan 9 maanden voor de start van de behandeling gedateerd.

Indien u onder behandeling bent bij een niet-gecontracteerde aanbieder en geïndiceerd bent voor een

behandeling met Spravato gelden de volgende voorwaarden:

- a. er dient een geldige verwijzing te zijn van de behandelend specialist;
- b. de verwijzing is gedateerd;
- c. de verwijzing is voorafgaand aan de behandeling afgegeven;
- d. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verwijzend arts;
- e. de verwijzing bevat de (elektronische) handtekening van de verwijzend arts;
- f. de verwijzing bevat de volledige NAW-gegevens van de verzekerde;
- g. de indicatie op de verwijzing moet voldoen aan het volgende criterium:
 - i. het betreft een behandeling in stap 4 van het behandelprotocol, en
 - ii. er is sprake van non-respons op tenminste drie achtereenvolgende medicamenteuze behandelstappen met antidepressiva inclusief één augmentatiestap.
- h. de behandeling vindt alleen plaats in specialistische centra die voldoen aan de criteria die daarvoor zijn opgesteld door de NVvP, en
- i. de verwijzing is niet langer dan 9 maanden voor de start van de behandeling gedateerd.

Een toeslag voor Spravato en ECT is alleen mogelijk bij gecontracteerde zorgaanbieders.

LID 4 UITSLUITINGEN CURATIEVE GGZ

Het volgende komt in geen van de settings voor vergoeding in aanmerking:

- a. zorg bij leerstoornissen;
- b. zelfhulp;
- c. preventie en dienstverlening;
- d. intelligentieonderzoek;
- e. psychiatrische behandeling bij verzekerden met een Wlz-indicatie met een psychische grondslag en er sprake is van de Wlz-leveringsvorm verblijf met behandeling;
- f. psychiatrische behandeling bij verzekerden met een Wlz-indicatie zonder een psychische grondslag en de behandeling deel uitmaakt van de Wlz-zorg waarbij de verzekerde verblijft in de Wlz-instelling en deze zorg niet los kan worden gezien van de Wlz-behandeling van de andere stoornissen.

De deelnemer kan zijn vordering op de SZVK voor GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie de SZVK geen overeenkomst heeft gesloten. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

5.2 OUTREACHENDE CURATIEVE GGZ

LID 1 TE VERGOEDEN ZIEKTEKOSTEN: SETTING 4

De setting Outreachend (setting 4) omvat Curatieve GGZ die overwegend plaatsvindt op een locatie buiten de GGZ-instelling. Voorbeelden van locaties zijn thuis bij de verzekerde, op kantoor, of elders zoals in het park. Voorbeelden van outreachende zorg zijn FACT (Flexible Assertive Community Treatment) en IHT (intensive hometreatment).

Curatieve GGZ in de setting outreachende (setting 4) betreft zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen

die plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt en waarbij de zorgverlening overwegend plaatsvindt op een locatie buiten de GGZ-instelling. De zorg is gericht op de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, of op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

De setting outreachend geldt voor wijkgerichte zorg die wordt geleverd door een multidisciplinair team. De zorg in de setting outreachend is flexibel georganiseerd, in locaties en in intensiteit. Het betreft vaak onplanbare zorg. De zorg is patiënt-volgend in tijdstippen en er is beschikbaarheid van zorg geregeld buiten kantoortijden. Er is aantoonbaar nauwe samenwerking en goede afstemming met de crisisdienst, huisarts, familie of andere naasten, en andere hulpverleners of ketenpartners die van belang zijn voor een individuele patiënt. Indien nodig wordt de zorg op proactieve wijze geleverd als de patiënt (tijdelijk) zorgmijndend is en diens psychische toestand dat rechtvaardigt.

LID 2 VOORWAARDEN: SETTING 4

Zorgaanbieder Outreachende Curatieve GGZ

De zorg wordt verleend door een zorgaanbieder of GGZ-instelling die conform de Wet toetreding zorgaanbieders (WTZa) zorg mag verlenen.

Vanuit een GGZ-instelling afhankelijk van de behandelsetting de volgende beroepen optreden als regiebehandelaar: psychiater, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist ggz, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verslavingsarts KNMG (indien verslaving de hoofddiagnose is), klinisch neuropsycholoog en klinisch geriater of specialist ouderengeneeskunde (indien dementie de hoofddiagnose is).

De regiebehandelaar dient in voldoende mate aantoonbaar direct betrokken te zijn bij zowel de diagnosestelling als de behandeling.

Er moet een psychiater en/of klinisch psycholoog vaststellen dat de zorg medisch noodzakelijk is en moet een psychiater en/of klinisch psycholoog aantoonbaar direct betrokken zijn bij zowel de diagnostiek als bij cruciale momenten tijdens de behandeling. Deze rechtstreekse betrokkenheid moet blijken uit het medisch dossier.

Begeleidende disciplines

Medewerkers met een beroep zonder zelfstandige behandelbevoegdheid zijn ondersteunend aan de behandeling en verlenen niet het merendeel van de zorg binnen een behandeltraject. Wij noemen dit begeleidende disciplines.

Noodzakelijkheid outreachende zorg

Outreachende zorg is uitsluitend mogelijk als dit om medische redenen noodzakelijk is. Uit het medisch dossier moet duidelijk blijken waarom zorg in de setting Outreachend noodzakelijk is en waarom behandeling in een andere setting niet mogelijk is.

5.3 CURATIEVE GGZ MET VERBLIJF

LID 1 TE VERGOEDEN ZIEKTEKOSTEN: SETTING: 5, 8*Curatieve GGZ met verblijf*

Curatieve GGZ met verblijf omvat de zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, in combinatie met opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg). De opname moet noodzakelijk zijn in het kader van de diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische stoornissen voor verzekerden van 18 jaar en ouder, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Bij Curatieve GGZ met verblijf worden tevens de tijdens het verblijf noodzakelijk ingezette verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen vergoed.

Bij verblijf voor maximaal 1.095 dagen (drie jaar) worden vergoed:

- a. de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf;
- b. de verpleging, verzorging en paramedische zorg die bij de behandeling horen tijdens het verblijf.

Na deze 1.095 dagen kunt u op grond van de Wlz nog recht hebben op deze zorg.

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

- a. wordt de opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;
- b. wordt de opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft de deelnemer na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;
- c. wordt de opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee voor de berekening van de 1.095 dagen.

De volgende vormen van opname tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. niet-psychiatrische ziekenhuisopname;
- b. verblijf in een revalidatiecentrum met revalidatie als doel.

LID 2 VOORWAARDEN: SETTING 5, 8*Zorgaanbieder Curatieve GGZ met verblijf*

De zorg wordt verleend door een zorgaanbieder of GGZ-instelling die conform de Wet toetreding zorgaanbieders (WTZa) zorg mag verlenen.

In de GGZ-instelling kunnen de volgende beroepen optreden als regiebehandelaar: psychiater, klinisch psycholoog, verpleegkundig specialist ggz, psychotherapeut, GZ-psycholoog, verslavingsarts KNMG (indien verslaving de hoofddiagnose is), klinisch neuropsycholoog en klinisch geriater of specialist ouderengeneeskunde (indien dementie de hoofddiagnose is).

De regiebehandelaar dient aantoonbaar in voldoende mate direct betrokken te zijn bij zowel de diagnosestelling als de behandeling.

Er moet een psychiater en/of klinisch psycholoog vaststellen dat de zorg medisch noodzakelijk is en moet

een psychiater en/of klinisch psycholoog aantoonbaar in voldoende mate direct betrokken zijn bij zowel de diagnostiek als bij cruciale momenten tijdens de behandeling. Deze rechtstreekse betrokkenheid moet blijken uit het medisch dossier.

Begeleidende disciplines

Medewerkers met een beroep zonder zelfstandige behandelbevoegdheid zijn ondersteunend aan de behandeling en verlenen niet het merendeel van de zorg binnen een behandeltraject. Wij noemen dit begeleidende disciplines.

LID 3 MACHTIGINGSVEREISTE BIJ NIET-GECONTRACTEERDE ZORGAANBIEDER MET VERBLIJF

Voor vergoeding van de kosten van Curatieve GGZ met verblijf bij een niet gecontracteerde aanbieder, is vooraf toestemming van de SZVK nodig. Voor zorg te leveren door gecontracteerde zorgaanbieders geldt geen machtigingsvereiste.

Om deze machtiging aan te vragen, moet de zorgaanbieder de volgende gegevens sturen:

- a. NAW-gegevens;
- b. de reden van aanmelding;
- c. een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist;
- d. de voorlopige diagnose volgens de vigerende DSM-classificatie;
- e. de klinische opname indicatie, conform de door de beroepsgroep vastgestelde richtlijnen;
- f. het voorgestelde behandelplan, inclusief het te verwachten aantal behandelminuten en uit te voeren activiteiten en verrichtingen;
- g. het toe te passen zorgprogramma en zorgpad;
- h. de kwalificaties van de zorgaanbieders, inclusief regiebehandelaar (onder vermelding van BIG-registratienummer), die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg;
- i. de onderbouwing van de te declareren deelprestatie inclusief inzet VOV-personeel in relatie tot de stoornis;
- j. de te verwachten zorgprestaties;
- k. een kostenbegroting voor behandeling en verblijf;
- l. de eigen bijdrage die de deelnemer (optioneel) zelf moet betalen.

5.4 FORENSISCHE EN BEVEILIGDE ZORG

LID 1 TE VERGOEDEN ZIEKTEKOSTEN: SETTING 6, 7

Forensische en beveiligde zorg binnen de beveiligde omgeving

Curatieve GGZ in een forensische en beveiligde setting omvat de zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. Klinische behandeling van patiënten die zijn aangewezen op zorg in een beveiligde setting (zowel materieel als de inzet van personeel). De zorg wordt geleverd in een besloten en beveiligde gespecialiseerde voorziening. Er worden (delict)gevaarlijke patiënten behandeld zonder een strafrechtelijke titel.

Forensische en beveiligde zorg buiten de beveiligde omgeving

Curatieve GGZ in een forensische en beveiligde setting omvat de zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden. Forensische en beveiligde zorg omvat de behandeling en begeleidingsactiviteiten van patiënten die zijn aangewezen op zorg in een forensische setting buiten de beveiligde omgeving van een kliniek. Er worden (delict)gevaarlijke patiënten behandeld zonder een strafrechtelijke titel.

LID 2 VOORWAARDEN: SETTING 6, 7

Voor setting 6 (forensische en beveiligde zorg - klinisch) gelden dezelfde voorwaarden als Curatieve GGZ met verblijf (niet forensische of beveiligde zorg). Zie artikel 5.3.

Voor setting 7 (forensische en beveiligde zorg - ambulante) gelden dezelfde voorwaarden als curatieve GGZ zonder verblijf niet forensische of beveiligde zorg). Zie artikel 5.1.

ARTIKEL 6 VERBLIJF IN EEN INSTELLING (ANDERS DAN GGZ)

LID 1 Er is aanspraak op vergoeding van de kosten voor medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg, verloskundige zorg, medisch-specialistische zorg, en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg.

LID 2 Het verblijf vindt plaats in een ziekenhuis of in een revalidatie-instelling. Eerstelijnsverblijf mag plaatsvinden in een instelling waar de geneeskundige zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten wordt verleend. Voor verblijf is een voorschrift noodzakelijk van een huisarts, verloskundige, medisch-specialist, psychiater of kaakchirurg. Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

LID 3 De volgende bepaling geldt:

- Indien er sprake is van een onacceptabele wachttijd voor een opname kan er contact opgenomen worden via telefoonnummer 088 - 0 270 700;

LID 4 VERBLIJF OP MEDISCHE INDICATIE NA CAR-T-CEL THERAPIE

Vergoeding van verblijf na CAR-T-celtherapie in de buurt van het expertziekenhuis waar de deelnemer behandeld wordt. Het gaat daarbij om vergoeding voor verblijf dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

De verblijfsvergoeding bedraagt maximaal € 77,50 per nacht in week 3 en 4 na de initiële behandeling in het expertziekenhuis.

Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn. Daarvan kan onder meer sprake zijn als een verblijf op een reisafstand van meer dan 60 minuten (50 km) van het behandelende expertziekenhuis om medische redenen niet verantwoord is. De afstand wordt berekend per enkele reis op basis van de snelste route van het huisadres naar het expertziekenhuis, geen rekening houdend met actueel verkeer.

Er dient een mantelzorger 24 uur per verblijfsdag aanwezig te zijn die toezicht over de deelnemer kan houden.

Het gaat om verblijf in week 3 en 4 na de initiële behandeling in het expertziekenhuis. De eerste twee weken na behandeling verblijft de deelnemer, gezien de kans op complicaties, in het expertziekenhuis.

ARTIKEL 7 FARMACEUTISCHE ZORG EN DIEETPREPARATEN

LID 1 ALGEMENE INFORMATIE

Onder farmacie wordt verstaan:

De kosten van geneesmiddelen farmaceutische zorg conform de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen alsmede de kosten van andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, zoals omschreven in artikel 2.8, eerste lid, sub b. van het Besluit zorgverzekering worden vergoed. Voorwaarde hierbij is dat de middelen zijn afgeleverd op voorschrift van een huisarts, medisch-specialist, tandarts, orthodontist, kaakchirurg, verloskundige, physician assistant of verpleegkundige onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheehoudend huisarts, tenzij de SZVK anders bepaalt.

Farmaceutische zorg omvat ook advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in dit lid genoemde geneesmiddelen.

Geneesmiddelen zijn onderverdeeld in:

- a. ageregistreerde geneesmiddelen (niet zijnde zelfzorggeneesmiddelen);
- b. zelfzorggeneesmiddelen;
- c. niet-geregistreerde geneesmiddelen (= geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt;
- d. niet (in Nederland) geregistreerde geneesmiddelen;
- e. dieetpreparaten.

LID 2 GENEESMIDDELEN VERGOEDINGSSYSTEEM (GVS)

Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem GVS van toepassing. Een geneesmiddel dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. Voor de nadere voorwaarden met betrekking tot de toegang tot farmaceutische zorg wordt een Reglement farmacie gehanteerd. Het reglement maakt deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden.

Geneesmiddelen, die worden verstrekt uit hoofde van de Regeling van de medisch-specialistische zorg van de Nederlandse zorgautoriteit worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch-specialistische zorg. Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, dagbehandeling of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch-specialistische zorg.

LID 3 EIGEN BIJDRAGE

Het GVS maakt onderscheid tussen geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn (a) en geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn (b).

- a. Onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen
Deze geneesmiddelen zijn in groepen verdeeld volgens bepaalde criteria en opgenomen in Bijlage 1a van het GVS. Voor elke groep (cluster) geneesmiddelen heeft de overheid een vergoedingslimiet vastgesteld (de maximale vergoeding die u kunt krijgen). Is het geneesmiddel dat u krijgt voorgeschreven uit die groep duurder, dan betaalt u zelf de kosten boven de vergoedingslimiet als eigen bijdrage. De eigen bijdrage geldt ook voor een magistrale bereiding (apotheekbereiding) van een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage geldt. Per kalenderjaar betaalt u voor deze geneesmiddelen maximaal een eigen bijdrage van € 250,-.
- b. Niet onderling vervangbare geregistreerde geneesmiddelen
Deze geneesmiddelen staan in het GVS in Bijlage 1b en worden volledig vergoed. Hiervoor geldt dus geen eigen bijdrage.

LID 4 EXTRA VOORWAARDEN

In Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering is een overzicht van geneesmiddelen opgenomen waarvoor extra voorwaarden gelden die te maken hebben met de aandoening waarvoor het geneesmiddel wordt gebruikt. Ook voor dieetpreparaten zijn in voornoemde Bijlage 2 voorwaarden opgenomen. Bijlage 2 vindt u op de website www.znformulieren.nl.

MEDISCHE NOODZAAK

Naast merkgeneesmiddelen (spécialités) zijn er ook merkloze (generieke) geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, dezelfde sterkte en dezelfde toedieningsvorm. De apotheker zal het goedkoopste merkloze geneesmiddel afleveren, tenzij de apotheker van mening is, dat er op basis van het recept van de voorschrijvend arts een ander generiek geneesmiddel dan wel merkgeneesmiddel moet worden afgeleverd. De apotheker weet dus welk middel hij kan leveren. Als de deelnemer zonder dat medische noodzaak is aangetoond, toch het duurder merkgeneesmiddel of een duurder merkloos geneesmiddel neemt, moet de deelnemer zelf de kosten van dit geneesmiddel voorschieten. De deelnemer kan deze nota indienen en krijgt de prijs van het goedkoopste geneesmiddel in het cluster vergoed.

VOORSCHRIFT

De geneesmiddelen zijn voorgeschreven door de behandelend arts, kaakchirurg, tandarts, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Bij dieetpreparaten kan de voorschrijver ook een diëtist zijn.

ZORGAANBIEDER

De deelnemer moeten voor de verstrekking van geneesmiddelen wensen tot de militaire apotheek. De deelnemer mag alleen gebruik maken van civiele zorgaanbieders als de militaire apotheek niet in staat is om de desbetreffende geneesmiddelen te verstrekken. De deelnemer ontvangt hiervoor een verwijfskaart. Indien de deelnemer zonder verwijfskaart naar een niet gecontracteerde civiele aanbieder gaat, vergoeden wij de zorg tot de door ons maximaal vastgestelde tarieven. Dit kan betekenen dat de deelnemer geen (volledige) vergoeding van de nota krijgt.

LID 5 TE VERGOEDEN ZIEKTEKOSTEN

Geneesmiddelen worden vergoed zoals beschreven in artikel 7 lid 1 t/m 8.

Voor zelfzorggeneesmiddelen geldt dat de deelnemer het geneesmiddel langer dan 6 maanden gebruikt en het is voorgeschreven om een chronische ziekte te behandelen.

De deelnemer heeft recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele

farmacotherapie. Voor nadere uitleg zie het Reglement Farmacie. De deelnemer heeft recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

1. Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt (eigen bereidingen);
2. Geneesmiddelen die de apotheker of arts speciaal voor de deelnemer bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
3. Geneesmiddelen die niet in Nederland op de markt zijn, maar op verzoek van de behandelend arts door de apotheker worden ingevoerd. De deelnemer heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als hij een zeldzame aandoening heeft, die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. De deelnemer heeft alleen recht op deze niet-geregistreerde geneesmiddelen als deze conform de bepalingen in artikel 44 worden geleverd door een militaire apotheek.
4. Als een geregistreerd geneesmiddel in Nederland niet of onvoldoende geleverd kan worden, heeft de deelnemer recht op een vervangend geneesmiddel uit het buitenland. Dit geneesmiddel moet met toestemming van de Inspectie van de Gezondheidszorg of met een tijdelijke vergunning van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen uit het buitenland zijn geïmporteerd.

LID 6 MACHTIGING

Voor geneesmiddelen waarvoor extra voorwaarden gelden, is een machtiging nodig. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 2.5 van deze verzekeringsvoorwaarden en het Reglement Farmacie.

LID 7 UITSLUITINGEN

Niet vergoed worden:

- a. geneesmiddelen die volgens de Regeling zorgverzekering niet vergoed mogen worden;
- b. maagzuurremmers die u korter dan zes maanden gebruikt;
- c. de eerste uitgifte van maagzuurremmers die u langer dan zes maanden gebruikt;
- d. anticonceptiva voor een verzekerde van 21 jaar en ouder;
- e. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet in het GVS zit tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- f. vitamines, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop;
- g. voedingssupplementen en niet als geneesmiddel geregistreerde vitamines;
- h. geneesmiddelen en inenting die tot doel hebben een ziekte te voorkomen in verband met een reis, tenzij verstrekt door de medisch geneeskundige apotheek.
- i. geneesmiddelen voor onderzoek of experimenteel gebruik;
- j. geneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 40 lid 3 sub f van de Geneesmiddelenwet;
- k. andere kosten (zoals administratie- of verzendkosten).

Onder strikte voorwaarden (zie lid 5 van dit artikel) worden alleen die zelfzorggeneesmiddelen vergoed, die behoren tot één van de volgende zes groepen:

- a. laxermiddelen (middelen tegen verstopping in de darmen);
- b. kalktabletten;
- c. geneesmiddelen bij allergie;
- d. geneesmiddelen tegen diarree;
- e. geneesmiddelen om de maag leeg te maken;
- f. kunsttranen.

U heeft geen recht op vergoeding van deze genoemde zelfzorggeneesmiddelen tijdens de eerste vijftien

dagen dat u het zelfzorggeneesmiddel gebruikt.

Niet vergoed worden die geneesmiddelen die door de apotheek zelf zijn gemaakt (eigen bereidingen) en uitwisselbaar zijn met een geregistreerd geneesmiddel waar u geen vergoeding voor zou krijgen. Deze uitsluiting geldt niet als het uitwisselbare geregistreerde geneesmiddel nog in de aanvraag- en besluitvormingsprocedure zit voor opname in het GVS. Ook kan de minister in de Regeling zorgverzekering apotheekbereidingen opnemen die vergoed worden, als besloten is dat het uitwisselbare geregistreerde geneesmiddel niet opgenomen wordt in het GVS in verband met een ongunstige kosteneffectiviteit en te hoge budgetimpact. Als het geneesmiddel niet in het GVS is opgenomen op basis van een niet aangetoonde effectiviteit of omdat het niet noodzakelijk is het middel ten laste te brengen van het collectief, kan de vergelijkbare apotheekbereiding ook niet voor vergoeding in aanmerking komen.

Bovengenoemde uitsluitingen zijn niet van toepassing als de geneesmiddelen zijn voorgeschreven door een militair arts en zijn verstrekt door de militaire apotheek (conform artikel 44).

LID 8 DIEETPREPARATEN

De kosten van de polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten worden uitsluitend vergoed voor een deelnemer die niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en die:

- 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 is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Dieetpreparaten dienen te worden verstrekt door de MGD, een apotheker of apotheekhoudend huisarts of een door de SZVK aangewezen zorgaanbieder.

Voorschrijf- en toestemmingsvereisten

Er is een voorschrift noodzakelijk van een huisarts, medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist. De deelnemer heeft vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming, kan de deelnemer gebruikmaken van het door de huisarts voorgeschreven recept of de door de medisch specialist, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundige of diëtist ingevulde Verklaring dieetpreparaten (ZN-verklaring polymere, oligomere en modulaire dieetpreparaten).

Bijzonderheden

Dieetpreparaten dienen te worden verstrekt door de MGD, een apotheker of een apotheekhoudend huisarts of een door de SZVK aangewezen zorgaanbieder. Voor sondevoeding kan de deelnemer alleen terecht bij een medisch speciaalzaak ook wel facilitair bedrijf genoemd. Dieetproducten zijn ook uitgesloten van vergoeding.

ARTIKEL 8 HULPMIDDELEN EN VERBANDMIDDELEN

LID 1 TE VERGOEDEN KOSTEN

De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen en verbandmiddelen worden vergoed overeenkomstig de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen) en het door de SZVK vastgestelde Reglement hulpmiddelen SZVK. In het Reglement hulpmiddelen is opgenomen welke leverancier het hulpmiddel of het verbandmiddel mag leveren en of het hulpmiddel of verbandmiddel in eigendom of bruikleen wordt verstrekt. Tevens zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. Dit reglement maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden, is te vinden op www.szvk.nl en is op aanvraag verkrijgbaar bij de SZVK. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de SZVK. De genoemde gebruikstermijn van het desbetreffende hulpmiddel en de maximum te leveren aantallen/stuks zijn richtinggevend. Als dit nodig is, kan hiervan worden afgeweken. De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn voor rekening van de deelnemer, tenzij in de Regeling zorgverzekering, het Reglement hulpmiddelen SZVK en/of deze verzekeringsvoorwaarden anders bepaald. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen, met uitzondering van de batterijen van hoortoestellen.

LID 2 MACHTIGING

Daar waar de SZVK dit heeft aangegeven in het Reglement hulpmiddelen SZVK, is voor aanschaf, vervanging, herstel of bruikleen van het desbetreffende hulpmiddel, voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. Sommige groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dit betekent dat de SZVK in het reglement kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wil de deelnemer een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen, maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen SZVK opgenomen, kan de deelnemer een aanvraag bij de SZVK indienen.

Voor vergoeding van hulpmiddelen bij plaatsing in het buitenland dient de deelnemer vooraf toestemming te vragen bij de SZVK.

LID 3 VERWIJSKAART

Voor optische hulpmiddelen, geleverd door een erkende leverancier, wordt alleen een tegemoetkoming of vergoeding toegekend, indien er een verwijskaart is van een militair huisarts of militair specialist.

De verwijskaart van de huisarts of medisch-specialist mag niet ouder zijn dan drie maanden op de datum van levering van de desbetreffende optische hulpmiddelen en op de factuur dient de sterkte van de glazen of lenzen vermeld te staan. Reparatiekosten voor optische hulpmiddelen komen niet voor toekenning van enige tegemoetkoming in aanmerking. De deelnemer dient zich voor het verkrijgen van een voorschrift van bandagecontactlenzen te wenden tot de oogarts van het Centraal Militair Hospitaal.

ARTIKEL 9 FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE

Na overlegging van het verwijzend voorschrift van de militair arts of militair specialist vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck. De behandeling wordt verleend door een fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut, heilgymnast-masseur, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, manueel therapeut, oedeemtherapeut of bekkenfysiotherapeut. Oedeemtherapie mag alleen worden verleend door een oedeem(fysio)therapeut. Vergoed wordt het door de SZVK met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien de SZVK geen tarief met de zorgaanbieder is overeengekomen, wordt een vergoeding verleend conform de Lijst maximale vergoedingen fysiotherapie SZVK of de Lijst maximale vergoedingen oefentherapie SZVK.

N.B.: Alternatieve bewegingstherapieën zijn gedekt overeenkomstig alternatieve geneeswijzen (artikel 24). Onder fysiotherapie wordt niet verstaan: haptonomie, zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie. Individuele behandeling dan wel groepsbehandeling, die er slechts toe strekken om de conditie door middel van training te bevorderen komen eveneens niet voor vergoeding in aanmerking.

ARTIKEL 10 LOGOPEDIE

Volledige vergoeding van de kosten van logopedische behandelingen met een geneeskundig doel door een logopedist. Van de behandeling kan herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen worden verwacht. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie, spreken in het openbaar, voordrachtskunst of hulp bij het afleren van dialect en anderstaligheid.

ARTIKEL 11 BEHANDELING DOOR OF VANWEGE DE HUISARTS

Voor huisartsenhulp dient de deelnemer zich primair te wenden tot de MGD. Onder de huisartsenhulp valt ook begeleiding bij stoppen met roken. De kosten van het honorarium (met inbegrip van de specifieke toeslagen) van de huisarts worden volledig vergoed. Dit geldt ook voor de kosten die in rekening worden gebracht door een dienstenstructuur, waarbij de huisarts is aangesloten. Tevens vindt volledige vergoeding plaats van de kosten van laboratoriumonderzoek, röntgenonderzoek of functieonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

ARTIKEL 12 GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE

De deelnemer van 18 jaar of ouder heeft recht op een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Een GLI is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. De deelnemer kan voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas. De erkende programma's zijn vermeld op www.szvk.nl. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. De deelnemer heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Een gecombineerde leefstijlinterventie wordt verleend door een leefstijlcoach. De deelnemer heeft een verwijfsbrief van de huisarts nodig om in aanmerking te komen voor een gecombineerde leefstijlinterventie.

ARTIKEL 13 BEVALLING EN KRAAMZORG

Verloskundige zorg is de zorg aan de (aanstaande) moeder en haar kind. De zorg wordt geleverd door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Het gaat zowel om de zorg die wordt gegeven vóór, tijdens en na de bevalling.

13.1 PRECONCEPTIEZORG

Onder preconceptiezorg wordt verstaan:

- Adviezen over gezonde voeding;
- Advies over foliumzuur suppletie;
- Advies over de inname van vitamine D;
- Adviezen over het stoppen met roken, het alcohol- en druggebruik, eventueel met actieve begeleiding om dit te kunnen realiseren;
- Adviezen over het geneesmiddelengebruik;
- Adviezen over de behandeling van bestaande ziekten en voorgaande zwangerschapscomplicaties;
- Adviezen over infectieziekten en vaccinaties;
- Het opsporen van risico's aan de hand van de ziektegeschiedenis en het aanbieden van genetische counseling, voor zover geen onderdeel van prenatale screening.

13.2 PRENATALE ZORG

Verloskundige zorg omvat tevens:

- a. Counseling;
- b. Het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) oftewel tweede trimester echo;
- c. de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en invasieve diagnostiek voor zwangere deelnemers met een medische indicatie met dien verstande dat:
 - Ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoom afwijking;
 - Ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoom afwijking.

13.3 KRAAMPAKKET

Aanstaande moeders kunnen aanspraak maken op een verzorgd kraampakket. Meer informatie over het aanvragen van het kraampakket vindt de deelnemer op www.szvk.nl. Aanspraak bestaat vanaf de vierde maand van de zwangerschap. Het pakket dient te kunnen worden afgeleverd op een door de deelnemer gekozen adres in Nederland. Verzending van een kraampakket naar het buitenland is niet mogelijk. Deelnemers, die verblijven op Aruba, Curaçao, St. Maarten en het niet-Europese deel van het Koninkrijk der Nederlanden (BES-eilanden) kunnen een kraampakket verkrijgen bij de MGD aldaar. Kraampakketten aangeschaft via andere instanties of via de detailhandel komen niet voor vergoeding in aanmerking.

13.4 CURSUSSEN

Een tegemoetkoming voor vrouwelijke deelnemers voor de kosten voor het volgen van:

- a. Het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger. Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap;
- b. Cursussen die u voorbereiden op de bevalling;
- c. Cursussen die het lichamelijke herstel na de bevalling bevorderen, tot maximaal 6 maanden na de bevalling.

De cursus moet worden gegeven door:

- Een thuis- of kraamzorgorganisatie;
- Een verloskundige(-praktijk);
- Een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck aangesloten bij ZwangerFit®;
- Een haptonoom die lid is van de Vereniging van Haptonomisch Zwangerschaps Begeleiders (www.vhzb.nl);
- Een yoga-docent die lid is van de Vereniging Yogaleerkrachten Nederland (VYN);
- Een gekwalificeerde zorgaanbieder die is aangesloten bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Vereniging Samen Bevallen;
- Een zorgaanbieder gekwalificeerd in hypnobirthing die is geregistreerd bij Nederlandse Vereniging voor HypnoBirthing Cursusleiders (NVHBC).

De vergoeding voor cursussen bedraagt maximaal € 75,- per bevalling.

13.5 BEVALLING THUIS OF IN EEN ZIEKENHUIS OF EEN GEBORTECENTRUM

- Volledige vergoeding van het honorarium voor verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- Zonder medische noodzaak: Volledige vergoeding van de kosten voor het gebruik van een verloskamer in een ziekenhuis of een geboortecentrum;
- Met medische noodzaak: Volledige vergoeding van de verblijfskosten voor moeder en kind tezamen in het geboortecentrum of het ziekenhuis.

13.6 KRAAMZORG

LID 1 Vergoeding van kraamzorg thuis, van minimaal 24 uur tot maximaal 80 uur binnen een periode van tien dagen direct aansluitend op de bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraamcentrum. Het kraamcentrum bepaalt het recht op het aantal uren kraamzorg op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg staat op de website van de SZVK. Deze kraamzorg moet ten minste vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum worden aangevraagd. Meer informatie over het aanvragen van kraamzorg vindt de deelnemer op www.szvk.nl.

LID 2 In plaats van kraamzorg thuis, via een gecontracteerde aanbieder, kan worden gekozen voor een vaste vergoeding van € 1.475,- per bevalling. Voorwaarde hierbij is dat de deelnemer zelf heeft voorzien in professionele kraamzorg door een verpleegkundige dan wel kraamverzorgende. Voor elke wegens opname in het ziekenhuis verbleven dag (met uitzondering van de dag van ontslag uit het ziekenhuis) wordt op de vergoeding € 147,50 in mindering gebracht.



LID 3 UITGESTELDE KRAAMZORG

Vergoeding van maximaal 12 uur kraamzorg thuis door een gecontracteerde kraamzorginstelling, direct aansluitend op een bevalling en verblijf op medische indicatie in het ziekenhuis van minimaal acht dagen. Vergoeding is alleen mogelijk met een verwijsbrief van de behandelend arts. Deelnemers die een kind jonger dan één jaar adopteren, kunnen eveneens aanspraak maken op maximaal 12 uur uitgestelde kraamzorg. Voor uitgestelde kraamzorg dient vooraf toestemming gevraagd te worden aan de SZVK.

Meer informatie over extra kraamzorg en de voorwaarden vindt de deelnemer op www.szvk.nl.

13.7 HULP BIJ BORSTVOEDING

LID 1 LACTATIEKUNDIG CONSULT

Lactatiekundig consult door een lactatiekundige voor de moeder bij problemen met borstvoeding. De deelnemer heeft een verwijsbrief nodig van een verloskundige, kraamcentrum, jeugdarts of jeugdgezondheidszorg-verpleegkundige. De verwijsbrief wordt afgegeven volgens de richtlijnen van het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige. Dit protocol is op aanvraag verkrijgbaar. De vergoeding bedraagt maximaal € 100,- per bevalling.

LID 2 ELEKTRISCHE BORSTKOLF

Een tegemoetkoming in de kosten van de huur of aanschaf van een elektrische borstkolf voor vrouwelijke deelnemers. De vergoeding bedraagt eenmalig maximaal € 80,- voor de gehele duur van de verzekering.

ARTIKEL 14 TANDHEELKUNDIGE VERSTREKKINGEN EN VERGOEDINGEN

LID 1 TE VERGOEDEN ZORG

De verstrekkingen en vergoedingen ten aanzien van tandheelkundige zorg zijn verdeeld in drie groepen:

- a. Tandprotheticus en mondhygiënist;
- b. Tandheelkundige behandelingen;
- c. Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

De deelnemer heeft alleen recht op volledige vergoeding van tandheelkundige zorg verleend door de Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD). Om voor vergoeding in aanmerking te komen voor civiele tandheelkundige zorg, is een verwijskaart noodzakelijk van de militaire tandarts. Voor verwijzing voor zowel parodontale zorg als orthodontie is een verwijsbrief van de Defensie Tandheelkundige Dienst noodzakelijk. Noodhulp in de avond en het weekend wordt vergoed, met inachtneming van art 2.1. Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De commandant DTD kan toestemming verlenen voor 100%-vergoeding van een behandeling indien dit om onderbouwde militaire redenen noodzakelijk is.

TANDPROTHETICUS EN MONDHYGIËNIST

Volledige vergoeding van de kosten van prothetische voorzieningen door een tandprotheticus. Voor de kosten van preventie en mondhygiëne door een vrijgevestigd mondhygiënist wordt een volledige vergoeding verleend van het tussen de SZVK en de vrijgevestigd mondhygiënist overeengekomen tarief.

TANDHEELKUNDIGE BEHANDELINGEN

Voor de hierna vermelde zorg door een tandarts dan wel een tandarts-orthodontist worden vergoedingen of tegemoetkomingen toegekend tot ten hoogste de in dit artikel vermelde percentages van de geldende Wmg-tarieven en bedragen.

LID 2 MACHTIGING KAAKCHIRURGIE

Ingeval een tandarts of een medisch-specialist het nodig oordeelt dat poliklinische tandheelkundige zorg door een kaakchirurg wordt verleend en daarvan schriftelijk heeft doen blijken, beperkt de vergoeding zich tot het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende ziekenhuiskosten. Er is voorafgaande toestemming nodig voor behandelingen opgenomen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie. Deze lijst is raadpleegbaar op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer 088 - 0 270 700.

LID 3 De vermelde tegemoetkomingen of vergoedingen zijn inclusief materiaal- en techniekkosten:

- c Consultatie en diagnostiek (inclusief techniekkosten): 100%;
- x Maken en/of beoordelen foto's: 100%;
- m Preventieve mondzorg: 100%;
- A Verdoving: 100% (A20 enkel vergoeding met machtiging);
- B Verdoving door middel van een roesje: 100% (op machtiging);

E Wortelkanaalbehandelingen (endodontologie): 100%;

V Vullingen (inclusief techniekkosten): 100%;

R

Vergoeding van onderstaande R-codes (inclusief techniekkosten): 100%

- Roestvrijstalen kroon, kunstharsvoorziening (R29)*;
- Opbouw plastisch materiaal (R31)*;
- Vernieuwen porseleinen schildje, reparatie metalen/porseleinen kroon in de mond (R71);
- Vernieuwen schildje van plastisch materiaal (R72)*;
- Opnieuw vastzetten niet plastische restauraties (R74);
- Opnieuw vastzetten plakbrug (R75)*.

** materiaal en techniekkosten mogen apart in rekening gebracht worden.*

- Alle overige behandelingen voor inlays, kronen, bruggen (inclusief bijbehorende materiaal- en techniekkosten):
 - 100% als deze behandelingen worden uitgevoerd door of op verwijzing van de DTD;
 - 100% als deze behandelingen worden uitgevoerd door een andere zorgaanbieder na voorafgaande toestemming van Commandant DTD, Discipline coördinator DTD of tandarts-parodontoloog DTD;
 - 70% als deze behandelingen zonder voorafgaande toestemming worden uitgevoerd door een andere zorgaanbieder.

In één kalenderjaar wordt per deelnemer in de gezamenlijke kosten van meervlaksinlays, kronen en brugdelen een tegemoetkoming toegekend tot ten hoogste zes gebitselementen. Vergoeding van deze verrichtingen boven het gestelde maximum aantal van zes is mogelijk indien voorafgaand machtiging is verstrekt door de Commandant DTD, Discipline coördinator DTD of regiomanager DTD.

G Kaakgewrichtsbehandelingen (gnathologie/orofaciale pijn en disfunctie) (inclusief techniekkosten): 100%;

Voor gnathologische behandeling door een erkend centrum voor bijzondere tandheelkunde wordt een tegemoetkoming toegekend overeenkomstig het bepaalde in artikel 4. Eveneens wordt deze vergoeding verleend indien de zorg wordt geleverd onder de verantwoordelijkheid van een Nederlandse universiteit of door een erkend gnatholoog.

H Chirurgische ingrepen (inclusief materiaalkosten): 100%; ook een autotransplantaat (H39) wordt vergoed (op aanvraag) inclusief bijkomende behandelingen (vormaanpassing en eventuele wortelkanaalbehandeling, maar exclusief de eventueel benodigde orthodontie) en op voorwaarde dat de behandeling wordt uitgevoerd door een in dit soort behandelingen gespecialiseerd tandheelkundig team;

P Kunstgebitten (uitneembare prothetische voorzieningen) (inclusief techniekkosten): 100%;

T Tandvleesbehandelingen (parodontologie) (inclusief techniekkosten): 100%;

Voor parodontale zorg uitgevoerd door een parodontoloog, tandarts of mondhygiënist is een verwijfsbrief

noodzakelijk van de DTD, tenzij deze

wordt uitgevoerd door een bij de DTD werkzame parodontoloog. Beoordeling vindt plaats volgens de Dutch Periodontal Screening Index-B (DPSI-B) PPS2 of 3 of een vergelijkbare categorie in de nieuwe European Federation of Periodontology (EFP) classificatie. F Beugels (gebitsregulatie/orthodontie - A-codes) (inclusief techniekkosten);

- F Beugels (gebitsregulatie/orthodontie - A-codes) (inclusief techniekkosten)
 1. Het eerste consult (de intake), inclusief röntgenfoto's en gebitsmodellen, voor een orthodontische behandeling wordt volledig vergoed.
 2. Voor normale orthodontische behandelingen volgens de A-codes geldt een vergoeding van 70%. Een verwijfsbrief van de DTD is noodzakelijk.
 3. Voor reparatie of vervanging van een beugel (F811A), herstel of vervanging van retentie-apparatuur (F812A) en het plaatsen van een extra retentiebeugel per kaak (F813A) en het plaatsen van retentie-apparatuur bij orthodontisch niet behandelde of door andere zorgaanbieder orthodontisch behandelde patiënt (F814A) en het verwijderen van een spalk (F815A): 100%. Om voor vergoeding van deze codes in aanmerking te komen, is geen voorafgaande machtiging van de SZVK benodigd;
 4. De adviserend tandarts kan na overleg met de Commandant DTD toestemming verlenen voor de 100% vergoeding van een orthodontische behandeling indien de commandant DTD dit om onderbouwde militaire redenen noodzakelijk acht.

De vergoeding voor bijzondere orthodontie (B en C codes) valt onder artikel 14 lid 6.

- J Implantaten (implantologie) (inclusief techniekkosten)

- 1. *Implantaten in de tandeloze kaak: 100%*

Voor het toekennen van een tegemoetkoming voor implantaten voor een tandeloze kaak kunnen worden verstrekt, is voorafgaande machtiging vereist. Voor het toekennen van een tegemoetkoming voor de mesostructuur, de overkappingsprothese en het rebasen van een overkappingsprothese is eveneens voorafgaande aan de behandeling een machtiging vereist (tenzij deze worden uitgevoerd door de Defensie Tandheekkundige Dienst).

Voor de implantaten in de tandeloze kaak, de mesostructuur en de bijbehorende uitneembare prothese wordt een vergoeding verleend van 100%, inclusief materiaal- en techniekkosten. Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een Centrum voor bijzondere tandheelkunde bedraagt het vergoedingspercentage voor het honorariumdeel van deze niet-klinische behandeling eveneens 100%.

Indien de implantaten worden geplaatst door een kaakchirurg bedraagt het vergoedingspercentage 100% van het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende ziekenhuiskosten.

Voor het initieel onderzoek implantologie (J01), verlengd onderzoek implantologie (J02), proefopstelling inclusief techniek- en materiaalkosten (J03), implantaatpositionering op grond van CT-scan (J05) en voor nazorg implantologie (J60 en J61) is geen voorafgaande machtiging vereist. De vergoeding voor de codes J01, J02, J03, J05, J60 en J61 bedraagt 100%, als het onderzoek is verricht door een Defensie tandarts parodontoloog of Defensie kaakchirurg. Indien deze behandelingen zonder voorafgaande toestemming worden verricht door een civiele tandarts, bedraagt de vergoeding 70%.

- 2. *Implantaten in de niet-tandeloze kaak (inclusief materiaal- en techniekkosten):*

- Uitsluitend op machtiging;
- 100% als deze behandeling wordt uitgevoerd op verwijzing van de Defensie Tandheelkundige Dienst;
- 100% als deze behandelingen wordt uitgevoerd door een andere zorgaanbieder na voorafgaande toestemming van Commandant DTD, Discipline coördinator DTD of tandarts-parodontoloog DTD;
- 70% als de behandeling wordt uitgevoerd door een andere zorgaanbieder.
- Als de implantaten worden geplaatst door een kaakchirurg bedraagt het vergoedingspercentage eveneens 70% van het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende ziekenhuiskosten.

LID 4 SECOND OPINION

De SZVK vergoedt maximaal éénmaal per kalenderjaar een second opinion.

LID 5 BIJZONDERE TANDHEELKUNDIGE ZORG

De kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen, waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel, worden vergoed. Het betreft de volgende afwijkingen:

- a. Agenesie: het niet aangelegd zijn van blijvende gebitselementen;
- b. Amelogenesis imperfecta: een ontwikkelingsstoornis van tandglazuur en of tandbeen;
- c. Dento-alveolair defect: een aangeboren defect of een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn;
- d. Cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis: een lip- en/of kaak- en/ of verhemeltespleet;
- e. Oro-maxillo-faciaal defect: een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling.

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- De behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
- De behandeling plaatsvindt in een Centrum voor bijzondere tandheelkunde en
- De SZVK op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft gegeven.

LID 6 BIJZONDERE ORTHODONTISCHE HULP

Orthodontische hulp valt alleen onder de bijzondere tandheelkunde als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Specifiek wordt hiermee de osteotomie bedoeld bij de kaakchirurg. Er geldt alleen een vergoeding als het gaat om de behandeling van een zeer ernstige afwijking die vergelijkbaar is met een schisisafwijking (B en C codes). De vergoeding is 100%. Een verwijfsbrief is noodzakelijk.

LID 7 CENTRUM VOOR BIJZONDERE TANDHEELKUNDE (CBT)

Een centrum voor bijzondere tandheelkunde voldoet aan de volgende eisen:

1. Een door de NZa erkende Instelling voor bijzondere tandheelkunde;
2. Een centrum dat voldoet aan de volgende eisen:
 - Er is een positief visitatierapport van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA); en
 - Het centrum werkt met een anesthesioloog, die lid is van de NVA; en
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ambulancedienst of een ziekenhuis voor het eventuele vervoer naar het ziekenhuis; en
 - Er moet een schriftelijke overeenkomst zijn met een ziekenhuis in de nabijheid van het centrum voor de eventuele opvang van patiënten; en
 - Het centrum dat maakt gebruik van (lachgas)sedatie en is hiervoor gecertificeerd door het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).
3. Een CBT maakt gebruik van een tarief gebaseerd op tijd: X731, X831 of U05 (5 minutentarief).

LID 8 TERUGBETALING BIJ GEBITSREGULATIE

Voor gebitsregulatie, in samenhang met en aansluitend aan een kaakchirurgische of gnathologische behandeling, is voorafgaande machtiging vereist. Indien in verband met een kaakchirurgische behandeling een machtiging is verkregen en de gebitsregulerende behandeling, door omstandigheden anders dan operationele inzet, niet binnen twee jaar wordt gevolgd door de gemachtigde kaakchirurgische behandeling, is de deelnemer verplicht de reeds vergoede bedragen van de gebitsregulatie terug te betalen. De SZVK kan in overleg met de deelnemer een termijn van terugbetaling vaststellen:

- a. Indien in samenhang met en aansluitend aan een kaakchirurgische behandeling, uitgezonderd de kaakchirurgische ingrepen, vermeld onder H, Chirurgische ingrepen en onder T, Tandvleesbehandelingen: 100%;
- b. Indien in samenhang met een gnathologische behandeling vermeld onder G: 100%.

ARTIKEL 15 VERVOER

LID 1 TE VERGOEDEN KOSTEN

Voor een tegemoetkoming in of vergoeding van de kosten ter zake van vervoer komt alleen vervoer in aanmerking dat in direct verband staat met ziekte of ongeval, waarvan de kosten door de SZVK of krachtens de Wlz worden vergoed of waarvoor een tegemoetkoming wordt uitgekeerd. De deelnemer wordt in voorkomend geval met een militair vervoermiddel vervoerd, tenzij het vervoer niet of niet tijdig dan wel niet adequaat kan worden verleend. Aanspraak op vergoeding is alleen mogelijk voor zover de kosten niet declarabel zijn als reiskosten op basis van het Besluit dienstreizen Defensie.

Onderscheid dient te worden gemaakt tussen:

- a. Medisch noodzakelijk vervoer: vervoer van deelnemers die om medische redenen, ter beoordeling van de medisch adviseur en genoegzaam aangetoond door de huisarts of medisch-specialist, niet in staat zijn van een openbaar vervoermiddel gebruik te maken;
- b. Niet-medisch noodzakelijk vervoer: vervoer van deelnemers die geen medische redenen hebben om niet van een openbaar vervoermiddel gebruik te maken.

LID 2 VOORWAARDEN

Vergoeding of tegemoetkoming in de kosten wordt verleend in geval van vervoer met een ambulance, (huur) auto, taxi of openbaar vervoermiddel, uitsluitend:

- a. Naar en/of van het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar een onderzoek of behandeling wordt ondergaan;
- b. Naar en/of van de volgende dichtstbijzijnde inrichtingen of personen:
 - Een polikliniek;
 - Een medisch-specialist of orthodontist; een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck, oefentherapeut Cesar of logopedist. Ook is het mogelijk dat (indien medisch noodzakelijk) de behandeling bij de deelnemer thuis plaatsvindt;
 - Een instrumentenmaker voor het aanmeten of passen van een orthopedisch hulpmiddel;
- c. In geval van medisch noodzakelijke repatriëring (niet tijdens varen, inzet, vliegen of oefenen in het buitenland) of vervoer vanuit het buitenland van een stoffelijk overschot (niet betreffende een deelnemer overleden tijdens varen, inzet, vliegen of oefenen in het buitenland), indien dat vervoer in de onderscheidene gevallen tot stand is gekomen via bemiddeling van de SZVK Alarmcentrale, telefoonnummer: +31 88 0 270 750. De kosten voor repatriëring tijdens varen, inzet, vliegen en oefenen in het buitenland worden vergoed door Defensie.

LID 3 De volgende vergoedingen of tegemoetkomingen worden verleend in geval van:

- a. Medisch noodzakelijk vervoer per ambulance of taxi: 100%;
- b. Medisch noodzakelijk vervoer per (huur)auto: € 0,37 per km;
- c. Indien een deelnemer is aangewezen op medisch noodzakelijk vervoer en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de SZVK op verzoek van de deelnemer een vergoeding voor de kosten van logeren verstrekken van € 82,- per dag in plaats van een vergoeding voor de kosten van vervoer. De deelnemer heeft hiervoor voorafgaande toestemming nodig;
- d. Niet-medisch noodzakelijk vervoer per (huur) auto of taxi, alleen indien het doel van de reis gelegen is op minimaal 25 km van de woon- of verblijfplaats en de behandeling/het consult voor vergoeding in aanmerking komt: € 0,09 per km;
- e. Vervoer per openbaar vervoermiddel, alleen indien het doel van de reis gelegen is buiten de woon- of verblijfplaats: 100% van de kosten berekend naar de goedkoopste reisgelegenheid;
- f. Bij gebruikmaking van een (huur)auto of taxi, in geval van niet-medisch noodzakelijk vervoer, of bij gebruikmaking van een openbaar vervoermiddel, kan in bijzondere gevallen de vergoeding als bedoeld onder dit lid sub d. respectievelijk sub e., eveneens worden verleend voor kosten van vervoer van een begeleider, dit ter beoordeling van de medisch adviseur;
- g. Indien vervoer heeft plaatsgevonden om te voldoen aan de oproep van de SZVK, de medisch adviseur of de tandheekkundig adviseur, wordt een vergoeding van de reiskosten gegeven, berekend naar de tarieven van de goedkoopste reisgelegenheid per openbaar vervoer;
- h. Indien er sprake is van medisch noodzakelijk vervoer dient de declaratie van taxikosten of gebruik van eigen (huur)auto altijd vergezeld te gaan van de in artikel onder lid 2 sub a. bedoelde motivering van de behandelend arts en een kopie van de afspraakkaart;
- i. Indien er sprake is van niet-medisch noodzakelijk vervoer dient de declaratie altijd vergezeld te gaan van een kopie van de afspraakkaart.

ARTIKEL 16 ERFELIJKHEIDSONDERZOEK

De kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten verleend door een instelling met een vergunning, op grond van artikel 2. van de Wet op bijzondere medische verrichtingen, met een verwijsbrief van de huisarts of medisch-specialist, worden vergoed. Erfelijkheidsonderzoek dient plaats te vinden in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een deelnemer kan tevens onderzoek plaatsvinden bij andere personen dan de deelnemer; aan hen kan dan eveneens advisering plaatsvinden. De kosten van laatstgenoemde onderzoeken komen voor rekening (van de verzekeraars) van de onderzochte andere personen.

ARTIKEL 17 AUDIOLOGISCHE ZORG

De kosten van zorg door een daartoe bevoegde overheidsinstantie toegelaten audiologisch centrum worden vergoed op voorschrift van een huisarts, audicien, bedrijfsarts of medisch-specialist. De zorg moet worden verleend door een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist.

ARTIKEL 18 DIËTETIEK

Na overlegging van het verwijzend voorschrift van de militair arts of militair specialist volledige vergoeding van de kosten van diëtetiek door een diëtist. Indien de SZVK geen tarief met de zorgaanbieder is overeengekomen, wordt een vergoeding verleend conform de Lijst maximale vergoedingen diëtetiek SZVK. In artikel 3 lid 2 staat een nadere toelichting op de vergoeding van de kosten.

ARTIKEL 19 GENEESKUNDIGE ZORG VOOR SPECIFIEKE PATIËNTGROEPEN

1. De deelnemer heeft recht op geneeskundige zorg zoals huisartsen en klinisch psychologen plegen te bieden. Dit betreft generalistische geneeskundige zorg gericht op onder andere mensen met chronische progressieve degeneratieve aandoeningen, niet aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.
2. Deze zorg omvat ook:
 - a. Dagbehandeling in een groep aan kwetsbare patiënten gericht op het leren omgaan met en het compenseren van beperkingen teneinde de patiënt zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. Bijvoorbeeld mensen met Parkinson, Korsakov, Multiple Sclerose (MS) of een verstandelijke beperking;
 - b. Dagbehandeling in een groep aan mensen met een lichamelijk handicap of niet-aangeboren hersenletsel;
 - c. Dagbehandeling in een groep aan mensen met de ziekte van Huntington.

De regiebehandelaar stelt het behandelplan op en stuurt het multidisciplinaire team aan. In het behandelplan wordt de zorg en het aantal dagdelen zorg in een groep vastgelegd.

De zorg zoals vermeld onder 1 wordt verleend door een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, GZ-psycholoog of orthopedagoog generalist. De zorg zoals vermeld onder 2 wordt verleend door een multidisciplinair team onder leiding van een regiebehandelaar. De regiebehandelaar is een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, GZ-psycholoog of orthopedagoog generalist.

De deelnemer heeft een verwijzing nodig van de huisarts of medisch specialist. Verwijzing voor zorg zoals vermeld onder 2 mag ook plaatsvinden door een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, GZ-psycholoog of orthopedagoog generalist. Er is voorafgaande toestemming van de SZVK noodzakelijk voor dagbehandeling in een groep aan kwetsbare patiënten zoals vermeld onder 2a.

ARTIKEL 20 STOPPEN MET ROKEN

U heeft recht op het volgen van een stoppen-met-roken-programma. De zorg omvat een programma van geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met geneesmiddelen gericht op gedragsverandering met als doel stoppen met roken. Het aangeboden programma (de interventie) voldoet aan de Zorgstandaard tabaksverslaving 2019 en is geregistreerd in het kwaliteitsregister. De zorgaanbieder staat ook geregistreerd in het Kabiz kwaliteitsregister voor stoppen-met-roken coaches. Meer informatie hierover is te vinden op www.kabiz.nl.

De kosten van de benodigde ondersteunende medicijnen worden alleen vergoed, indien deze worden verstrekt door de militaire apotheek.

ARTIKEL 21 HERSTELZORG IN VERBAND MET COVID-19

LID 1 TE VERGOEDEN ZORG

Paramedische zorg omvat tot 1 augustus 20221 tevens fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, diëtetiek of ergotherapie die gericht is op de directe herstelzorg van patiënten met ernstige COVID-19, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek zoals hierna onder 'voorwaarden' is omschreven en voor zover een aanvullende analyse van de zorgverlening van toepassing is of, indien het onderzoek en de analyse nog niet zijn gestart, verzekerde bereid is daaraan deel te nemen.

LID 2 VOORWAARDEN

1. De zorg vangt aan binnen een termijn van een maand na een uiterlijk zes vier maanden na het acute ziektestadium van ernstige COVID-19 afgegeven verwijzing en omvat naast logopedie:
 - a. na verwijzing door de huisarts of medisch specialist ten hoogste vijftig behandelingen fysiotherapie of oefentherapie, tien uur ergotherapie en zeven uur diëtetiek gedurende ten hoogste zes maanden na de eerste behandeling;
 - b. na verwijzing door de huisarts of een medisch specialist ten hoogste vijftig behandelingen fysiotherapie of oefentherapie, tien uur ergotherapie en zeven uur diëtetiek gedurende ten hoogste nog eens zes maanden in aansluiting op de periode, zoals bedoeld onder i.
2. Indien de zorg aanvangt voor 1 november 2020 is de termijn, genoemd onder a, niet van toepassing en volstaat een na aanvang van de zorg gegeven verklaring van de huisarts of medisch specialist indien geen verwijzing is afgegeven.
3. Als onderzoek naar zorg wordt aangemerkt:
 - a. hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd, en
 - b. aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:
 - de verzekerde, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek,
 - de verzekerde niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
 - de verzekerde heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor die verzekerde is voltooid.

DEEL 3 BIJZONDERE AANSPRAKEN BASISPAKKET

ARTIKEL 22 BUITENLANDDEKKING

LID 1 ALGEMEEN

Onderscheid wordt gemaakt in plaatsing, vestiging en andere redenen van tijdelijk verblijf in het buitenland. Onder “plaatsing in het buitenland” wordt verstaan de situatie dat de deelnemer ingevolge een dienststopdracht buiten Nederland verblijft.

Onder “vestiging in het buitenland” wordt verstaan de situatie dat de deelnemer zich permanent vestigt in een land buiten Nederland.

Onder “andere redenen van tijdelijk verblijf in het buitenland” wordt verstaan de situatie dat:

- Een in Nederland woonachtige deelnemer tijdelijk buiten Nederland verblijft of;
- Een in het land van plaatsing woonachtige deelnemer tijdelijk buiten het land van plaatsing verblijft;
- Een in het buitenland gevestigde deelnemer die tijdelijk buiten het land van vestiging verblijft; om andere redenen dan uitoefening van een bedrijf, beroep of plaatsing.

Zorgaanbieders die buiten Nederland zijn gevestigd, worden gelijkgesteld met Nederlandse zorgaanbieders indien zij voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten.

Nota's tot € 250,- worden buiten Nederland door de deelnemer zelf voorgesloten en met de SZVK app of via de Mijn SZVK omgeving voor vergoeding aan de SZVK aangeboden.

Voor hulpmiddelen en medisch specialistische zorg in het buitenland is altijd vooraf toestemming nodig, tenzij er sprake is van een acute situatie.

LID 2 AARD EN OMVANG DEKKING

Behandeling en behandelingsmethoden in het buitenland, die naar aard en omvang in Nederland niet kunnen worden gerekend tot geneeskundige of heelkundige zorg, zoals gebruikelijk is in de kring van medische beroeps- genoten, komen niet voor vergoeding of tegemoetkoming in de kosten in aanmerking.

LID 3 PLAATSING IN HET BUITENLAND

De kosten worden vergoed volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, waarbij het niveau van de zorg vergelijkbaar dient te zijn met de in Nederland geboden zorg. De vergoedingen kunnen worden aangepast, indien de buitenlandse tarieven afwijken van de in Nederland gangbare tarieven. In artikel 5 lid 2 staat een nadere toelichting op de vergoeding van de kosten. Indien in de verzekeringsvoorwaarden een maximum aantal behandelingen of een maximale vergoeding is vastgesteld is deze ook in het buitenland van toepassing en wordt niet verhoogd. De kosten van medisch noodzakelijk vervoer van de verblijfplaats naar Nederland (repatriëring) zijn volledig gedekt inclusief de kosten van noodzakelijke medische begeleiding, uitsluitend na voorafgaande machtiging door de SZVK. De vervoerskosten van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland zijn eveneens volledig gedekt.

De deelnemer die zorg nodig heeft in het buitenland, moet zich primair wenden tot de MGD. Als de MGD de deelnemer verwijst voor civiele medisch-specialistische zorg, dan is de deelnemer verplicht contact op te nemen met de SZVK Alarmcentrale voor toestemming via +31 88 0 270 750.

LID 4 VESTIGING IN HET BUITENLAND

De kosten van zorg worden vergoed volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, waarbij het niveau van de zorg vergelijkbaar dient te zijn met de in Nederland geboden zorg.

De maximale vergoedingen kunnen worden aangepast, indien de buitenlandse tarieven afwijken van de in Nederland gangbare tarieven. Indien in de verzekeringsvoorwaarden een maximum aantal behandelingen of een maximale vergoeding is vastgesteld is deze ook in het buitenland van toepassing en wordt niet verhoogd.

LID 5 ANDERE REDENEN VAN TIJDELIJK VERBLIJF IN HET BUITENLAND (VAKANTIE)

Indien de deelnemer zich gedurende een periode van maximaal 12 maanden buiten Nederland, het land van plaatsing of het land van vestiging bevindt zonder zich daar naar toe te hebben begeven met het oogmerk aldaar een medische behandeling te ondergaan, worden de kosten vergoed van spoedeisende medisch noodzakelijke zorg, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen voor:

- a. Niet-klinische zorg: met inachtneming van de in deze regeling genoemde eigen bijdragen en maximale vergoedingen;
- b. Klinische zorg: indien en onder voorwaarde dat de alsdan noodzakelijk geworden ziekenhuisopname is gemeld aan de SZVK Alarmcentrale, telefoonnummer: +31 88 0 270 700, en deze namens de SZVK toestemming heeft gegeven voor opname.

De maximale vergoedingen kunnen worden aangepast, indien de buitenlandse tarieven sterk afwijken van de in Nederland gangbare tarieven.

De kosten van medisch noodzakelijk vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis of de dichtstbijzijnde medisch specialist worden volledig vergoed. De kosten van medisch noodzakelijk vervoer van de verblijfplaats naar Nederland (voor deelnemers die zich permanent in het buitenland hebben gevestigd geldt in plaats van Nederland het land van vestiging) worden volledig vergoed, inclusief de kosten van noodzakelijke medische begeleiding, uitsluitend na voorafgaande machtiging door de SZVK. Tevens worden de vervoerskosten van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland (voor deelnemers die zich permanent in het buitenland hebben gevestigd geldt in plaats van Nederland het land van vestiging) volledig vergoed.

LID 6 ZORG IN ANDER LAND OP EIGEN INITIATIEF

Indien de deelnemer zich op eigen initiatief voor geneeskundige behandeling en verzorging wendt tot een zorgaanbieder in een ander EU-/EER-of verdragsland dan Nederland, het land van vestiging of plaatsing, bedraagt de vergoeding van de kosten ten hoogste 100% van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van het pakket Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK) zou zijn vergoed. Er is geen aanspraak op vergoeding voor geneeskundige behandeling en verzorging in het buitenland of buiten het land van vestiging, voor zover deze geneeskundige behandeling en verzorging uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf aldaar, tenzij vóór de aanvang van de reis een machtiging daartoe is verstrekt door de SZVK.

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto worden in dat geval vergoed tot maximaal het bedrag dat gelijk is aan het bedrag dat op grond van artikel 15 zou zijn vergoed aan kosten van vervoer tussen de woonplaats van de deelnemer en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou kunnen worden verleend.

Ter toelichting: opdat vooraf duidelijkheid wordt verkregen over de exacte hoogte van de vergoeding in dat specifieke geval, is het aan te bevelen dat de deelnemer in een voorkomend geval van te voren met de SZVK contact opneemt.

De SZVK kan, na advies van de medisch adviseur, besluiten een vergoeding van of een tegemoetkoming in de kosten toe te kennen in die bijzondere gevallen, waarin de geneeskundige behandeling en verzorging niet in Nederland en niet in het land van verblijf kan plaatsvinden.

ARTIKEL 23 GEZICHTSBEHANDELINGEN

Voor behandelingen in het gezicht wordt een tegemoetkoming of vergoeding gegeven tot:

- a. € 275,- per kalenderjaar voor elektrische ontharing in geval van abnormale, ernstige ontsierende haargroei in het gelaat. De kosten van verwijdering van overmatige beharing elders op het lichaam komen niet voor een tegemoetkoming in aanmerking. De behandeling dient te worden verricht door een door de SZVK voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder.
- b. 90% van de kosten tot ten hoogste € 160,- voor zogeheten camouflagetherapie (inclusief de daarbij behorende cosmetica) in geval van ontsieringen in het gezicht als gevolg van littekens, pigmentverschuivingen (vitiligo), wijnvlekken (haemangiomen) of huidvertekeningen bij lupus erythematoses discoides (LED).
- c. 90% van de kosten van een acnebehandeling bij ernstige vormen van acne tot een maximum van € 20,- per behandeling. Per kalenderjaar wordt in maximaal 15 behandelingen tegemoetgekomen. De behandeling dient te worden verricht door een door de SZVK voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder.

De aangewezen zorgaanbieders zijn te vinden in de Zorgzoeker op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: 088 - 0 270 700.

ARTIKEL 24 ALTERNATIEVE GENEESKUNDE

LID 1 TE VERGOEDEN ZORG

Alternatieve zorg bestaat uit behandelingen en (telefonische) consulten die vallen onder de volgende stromingen:

- a. Acupunctuur en andere oosterse geneeswijzen;
- b. Homeopathie;
- c. Antroposofische alternatieve geneeswijzen;
- d. Natuurgeneeswijzen;
- e. Alternatieve bewegingstherapieën;
- f. Psychosociale zorg.

LID 2 VOORWAARDEN

Alternatieve zorg dient te worden verleend door een door de SZVK aangewezen zorgaanbieder. Deze is te vinden in de Zorgzoeker op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: 088 - 0 270 700.

Van de kosten van de behandelingen en (telefonische) consulten, wordt ongeacht de tijdsduur van het consult € 35,- vergoed tot in totaal € 700,- per kalenderjaar. Om voor de vergoeding in aanmerking te komen is een verwijzkaart door de MGD vereist.

Onder alternatieve zorg wordt niet verstaan consulten en (groeps)behandelingen voor:

- Preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
- Sociaal (maatschappelijke) dienstverlening, coaching en counseling;
- Werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
- Schoonheidsbevordering;
- Het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen.

ARTIKEL 25 ORTHOPTISCHE BEHANDELINGEN DOOR EEN ORTHOPTIST

100% vergoed, mits deze door de huisarts of medisch-specialist zijn voorgeschreven. Hiervoor is geen machtiging vereist.

ARTIKEL 26 HOMEOPATHISCHE EN ANTROPOSOFISCHE GENEESMIDDELEN

De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen, welke worden voorgeschreven door een arts (tot wie de deelnemer in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden gerechtigd is zich te wenden) worden volledig vergoed onder voorwaarde dat deze geneesmiddelen worden geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts.

De SZVK vergoedt uitsluitend de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die, volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en antroposofische producten of homeopatische middelen die in de Z-index een registratie HA of HM hebben.

ARTIKEL 27 STERILISATIE

Voor een ingreep tot sterilisatie worden vergoedingen van of tegemoetkomingen in de kosten toegekend zoals hierna vermeld, te weten:

- a. Bij een poliklinische ingreep: een tegemoetkoming in de kosten volgens het bepaalde onder medisch-specialistische zorg;
- b. Bij een klinische ingreep, waarvoor voorafgaande machtiging is verkregen: een vergoeding van de kosten volgens artikel 6.

ARTIKEL 28 FLEBOLOGISCHE BEHANDELING

Na overlegging van het verwijzend voorschrift van de militair specialist volledige vergoeding van de kosten van flebologische behandeling van een deelnemer door een arts. Genees- en verbandmiddelen via de apotheek betrokken, worden vergoed zoals vermeld in artikel 7 en artikel 8. Reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

ARTIKEL 29 IN VITRO FERTILISATIE (IVF)

Vergoeding van de kosten van in vitro fertilisatie (IVF) tot maximaal vijf behandelingen per te realiseren zwangerschap conform de aanspraak voor medisch-specialistische zorg als:

- Er sprake is van een onder beroepsgenoten gebruikelijke medische indicatie;
- De behandeling plaatsvindt in één van de daarvoor aangewezen ziekenhuizen;
- De vrouwelijke deelnemer 42 jaar of jonger is;

De bij de behandeling noodzakelijke geneesmiddelen worden vergoed als onderdeel van medisch-specialistische zorg.

De vrouwelijke deelnemer jonger dan 38 jaar heeft alleen recht op vergoeding van de eerste en de tweede IVF-poging als er één embryo wordt teruggeplaatst. Een deelnemer bij wie een IVF-poging is aangevangen, heeft recht op afronding van die poging na de 43e verjaardag. 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 negen weken en drie dagen na de implantatie. Een doorgaande zwangerschap kan ook spontaan ontstaan en hiervoor geldt een termijn van 12 weken, gerekend na de eerste dag van de laatste menstruatie. Indien opnieuw een kinderwens bestaat en er sprake is van subfertiliteit, ontstaat opnieuw recht op vijf IVF-pogingen.

Een IVF-poging wordt geacht te zijn begonnen wanneer:

- De geneesmiddelen zijn toegediend (fase a) en/of;
- Een follikelpunctie heeft plaatsgevonden in de natuurlijke cyclus (fase b).

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. Als er nog meer embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, heeft de deelnemer recht op terugplaatsing van de embryo's op grond van artikel 30.

ARTIKEL 30 OVERIGE FERTILITEITSBEVORDERENDE BEHANDELINGEN

Aanspraak op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 4 (Medisch-specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheid bevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen verleend door een gynaecoloog of een uroloog. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Als de vrouwelijke deelnemer 43 jaar of ouder is, bestaat geen aanspraak op fertiliteitsbevorderende behandelingen. Er is een verwijfsbrief noodzakelijk van de huisarts of medisch-specialist.

ARTIKEL 31 PREVENTIEVE GENEESKUNDE

Gedekt zijn de kosten van onderzoek door huisarts of medisch-specialist voor:

- Baarmoederhals-(uitstrijkje) en screening op borst-, prostaat- en darmkanker.

Deze onderzoeken dienen te worden verricht door een zorginstelling, die in het bezit is van een vergunning afgegeven door de Minister van VWS op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek.

Tevens zijn gedekt de kosten van vaccinaties, indien men uit medisch oogpunt behoort tot een risicogroep voor de volgende ziekten: griep, rode hond, hepatitis-B, pneumokokken-infectie, haemophilus influenzae type b.

ARTIKEL 32 OEDEEMTHERAPIE DOOR DE HUIDTHERAPEUT

De vergoeding bedraagt € 40,- per behandeling, waarbij maximaal 10 behandelingen in een kalenderjaar worden vergoed door een huidtherapeut. Zie artikel 9 voor oedeemtherapie door de oedeemfysiotherapeut.

ARTIKEL 33 PODOTHERAPIE EN PEDICURE

LID 1 TE VERGOEDEN ZORG

Volledige vergoeding van het leveren van preventieve voetzorg aan patiënten met een verhoogd risico op voetulcera, vanwege verlies van protectieve sensibiliteit van de voeten, verminderde doorbloeding van de voeten, verhoogde druk op de huid mogelijk in combinatie met een kwetsbare huid, ten gevolge van een medische aandoening of een medische behandeling, zoals door het Zorginstituut omschreven in het Standpunt Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus en Notitie verduidelijking standpunt Voetzorg voor mensen met diabetes mellitus. Eveneens kan preventieve voetzorg worden geleverd aan patiënten met een verhoogd risico op voetulcera, vanwege een voetulcus of amputatie in de voorgeschiedenis, een inactieve Charcotvoet, eindstadium nierfalen of nierdialyse. De podotherapie dient te worden verleend door een podotherapeut.

Daarnaast volledige vergoeding van de kosten van behandelingen door de pedicure voor de deelnemer met diabetes mellitus of reumatoïde artritis. De pedicurebehandeling dient te worden verleend door een medisch pedicure. Voor pedicurebehandeling voor diabetes en reumapatiënten is een verwijskaart van de behandelend medisch specialist of arts vereist.

De vergoeding van podotherapie is exclusief zooltjes.

LID 2 VOORWAARDEN

Voor podotherapie dient de deelnemer zich primair te wenden tot Orthopedie Techniek Ardenburg. Alleen als Orthopedie techniek Aardenburg deze zorg niet kan leveren en/of de deelnemer doorverwijst, kan de deelnemer zich met een verwijskaart vervoegen bij een civiele zorgaanbieder.

ARTIKEL 34 STOTTERTHERAPIE

Na overlegging van het verwijzend voorschrift van de militair arts of militair specialist volledige vergoeding van de kosten van stottertherapie in een daartoe door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instituut.

ARTIKEL 35 VERBLIJF IN EEN HERSTELLINGSOORD OF ZORGHOTEL

Indien er sprake is van in medisch opzicht bijzondere omstandigheden, vergoeding voor een periode van maximaal zes weken van de kosten van een verblijf in een herstellingsoord of zorghotel:

- a. Aansluitend op het ontslag van de deelnemer uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als de behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
- b. Als de mantelzorger van de deelnemer overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
- c. Als de deelnemer wil herstellen van (mentale) overbelasting of 'burnout'.

Vergoeding vindt alleen plaats voor zover de kosten niet voor rekening van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 en/of Wlz komen. De in medisch opzicht bijzondere omstandigheden dienen door huisarts of medisch-specialist aannemelijk te worden gemaakt. Voorafgaand aan het verblijf dient toestemming gevraagd te worden. Voor het aanvragen van een verblijf in een herstellingsoord of zorghotel kan de deelnemer tijdens kantooruren contact opnemen met Zorgadvies en -bemiddeling op telefoonnummer 088 - 0 270 700.

ARTIKEL 36 HUUR VAN APPARATUUR VOOR UITWENDIGE GENEESWIJZEN

Huur van apparatuur voor uitwendige geneeswijzen komt voor maximaal drie maanden per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking. Alleen de huurkosten van de apparatuur, waarvoor de SZVK vooraf een machtiging heeft verleend, worden vergoed. Niet vergoed worden de kosten van aankoop van apparatuur voor uitwendige geneeswijzen, huur van sauna, solarium, hoogtezon en zonnebank.

ARTIKEL 37 ERGOTHERAPIE

Volledige vergoeding van de kosten van zorg, zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden in hun behandelruimte of ten huize van de deelnemer, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de deelnemer te bevorderen of te herstellen. Er is slechts recht op vergoeding als de ergotherapeut een overeenkomst heeft gesloten met de SZVK. Indien de SZVK geen tarief met de zorgaanbieder is overeengekomen, wordt een vergoeding verleend conform de Lijst maximale vergoedingen ergotherapie SZVK. In artikel 3 lid 2 staat een nadere toelichting op de vergoeding van de kosten.

ARTIKEL 38 HOSPICEZORG

Volledige vergoeding van de eigen bijdrage voor verblijf in een door de SZVK erkend hospice of Bijna-Thuis-Huis. Wanneer thuis verzorgd worden niet (meer) mogelijk is en een verpleeghuis niet noodzakelijk is, kan een Bijna-Thuis-Huis door de huiselijke sfeer een goede plek zijn. In een Bijna-Thuis-Huis is de (eigen) huisarts medisch verantwoordelijk. De vergoeding geldt niet voor eigen bijdragen bij opvang in een verpleeghuis, verzorgingshuis of ziekenhuis. De deelnemer kan voor meer informatie contact opnemen met 088 - 0 270 700.

ARTIKEL 39 PREVENTIEVE INENTINGEN EN MALARIAPILLEN

Vergoeding van de kosten van preventieve inenting en malariapillen in verband met een te maken buitenlandse reis. De preventieve inenting dienen te worden voorgeschreven en toegediend door de Militair Geneeskundige Dienst (militaire gezondheidscentra). Malariapillen dienen te worden voorgeschreven door de militaire arts en te worden geleverd door de militaire apotheek.

ARTIKEL 40 GRIEPPRIK

Volledige vergoeding van de grieprik voor militairen die niet behoren tot de daarvoor bestemde risicogroepen. Voorwaarde hierbij is dat de grieprik alleen wordt vergoed indien toegediend door een militaire arts. De vergoeding voor de grieprik aan de militairen die behoren tot de risicogroepen is opgenomen in artikel 31.

ARTIKEL 41 HUISHOUDELIJKE HULP

Hulp bij het huishouden in Nederland tot maximaal 12 uur per kalenderjaar aansluitend op een ziekenhuisopname van de deelnemer van minimaal één overnachting. De vergoeding bedraagt maximaal € 16,- per uur. De huishoudelijke hulp wordt verzorgd door een erkende thuiszorgorganisatie of een door de SZVK aangewezen organisatie. Een overzicht van de aangewezen organisaties is raadpleegbaar op www.szvk.nl.

Bijzonderheden:

- De deelnemer heeft recht op deze kosten tot maximaal 2 maanden na ziekenhuisopname;
- De hulp wordt geleverd op het woonadres van de deelnemer, zoals dat bij de SZVK bekend is;
- Onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig of medisch handelen of lichamelijke verzorging.

ARTIKEL 42 VERBLIJFKOSTEN IN GASTHUIS ANTONI VAN LEEUWENHOEK OF FAMILIEHUIS DANIËL DEN HOED

Volledige vergoeding van de kosten van een verblijf in het gasthuis van het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of het familiehuis Daniël den Hoed als de deelnemer poliklinisch onder behandeling is in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis of Daniël den Hoed.



DEEL 4 WLZ-AANSPRAKEN

ARTIKEL 43 WLZ-ZORG

OMVANG VAN DE DEKKING

Op grond van de Wlz heeft de deelnemer, mits hij/zij Wlz-gerechtigd is, aanspraak op de verstrekkingen zoals op dat moment rechtsgeldig vastgesteld in het Besluit Zorgaanspraken Wlz.

MACHTIGINGSVEREISTE

Aanspraak op de Wlz verstrekkingen bestaat uitsluitend indien en voor zover de SZVK op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden en bepalingen kunnen worden gesteld.

REGLEMENT

Bij reglement Wlz zijn nadere regels gesteld met betrekking tot het geldig kunnen maken van deze aanspraken. Het reglement is in te zien op www.szvk.nl.

DEEL 5 UITBREIDING BASISPAKKET

Net als in het basispakket is algemeen geldend voor de hier genoemde geneeskundige verzorging dat de deelnemer is gebonden aan de MGD. De bijzondere regels beschreven in artikel 2.1 zijn hier onverkort van toepassing. De uitbreiding basispakket voorziet in onderstaande aanvullingen op het basispakket.

ARTIKEL 44 GENEES- EN VERBANDMIDDELEN

Middelen, waarvoor volgens de Regeling zorgverzekering een eigen bijdrage is verschuldigd en middelen, die niet ingevolge die regeling worden vergoed, kunnen zonder betaling aan de actief dienende deelnemer worden verstrekt, mits deze zijn voorgeschreven door een militair arts, tandarts of medisch-specialist in overeenstemming met het militair geneeskundig beleid en zijn geleverd door een militaire apotheek.

ARTIKEL 45 HARTREVALIDATIE

Na overlegging van het verwijzend voorschrift van de militair arts of militair specialist volledige vergoeding van de kosten van hartrevalidatie.

ARTIKEL 46 VERPLEGING EN VERZORGING (WIJKVERPLEGING)

Aanspraak op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. De zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement. De deelnemer kan recht hebben op professionele zorgopvolging als gebruik is gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als de deelnemer thuis is gevallen).

Zorgaanbieders

Verpleging en verzorging wordt verleend door:

1. een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist stelt de indicatie en blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).
2. een zelfstandig werkend hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist voor de indicatiestelling en de zorgverlening. De zorg kan ook worden verleend door een mbo-verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Dit mag uitsluitend, als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De zorgaanbieder die de indicatie heeft gesteld, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De samenwerking is schriftelijk vastgelegd en de SZVK ontvangt hiervan een kopie.

De deelnemer kan zijn vordering op de SZVK voor Verpleging en verzorging niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie de SZVK geen overeenkomst heeft gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie de SZVK geen overeenkomst heeft, maakt de SZVK over op het rekeningnummer van de deelnemer.

De deelnemer heeft alleen recht op deze zorg als hij een indicatie heeft voor verpleging en verzorging en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de hbo-verpleegkundige of verpleegkundig-specialist. De verpleegkundige stelt in overleg met de deelnemer een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die de deelnemer nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Toestemmingsvereiste

Voor verpleging en verzorging door een niet-gecontracteerde aanbieder is voorafgaande aan de zorg schriftelijke toestemming van de SZVK vereist. Voor de indicatie heeft de deelnemer geen voorafgaande toestemming nodig.

Persoonsgebonden budget

De deelnemer kan voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). Hiervoor is voorafgaande schriftelijke toestemming van de SZVK vereist. De deelnemer vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden hij in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging staat op www.szvk.nl.

ARTIKEL 47 OOGCHIRURGIE

Na voorafgaande machtiging door de SZVK worden de kosten van oogchirurgie volledig vergoed indien, op aangeven van de verantwoordelijk militair arts (VMA) en ondersteund door een positief advies van de oogarts van het CMH, blijkt dat er sprake is van een functionele indicatie (zie Reglement functionele indicatie SZVK). Na de behandeling dient een beoordeling van de eindtoestand van de ingreep door de oogarts van het CMH plaats te vinden. De behandeling dient plaats te vinden door een door de SZVK voor deze zorg gecontracteerde zorgaanbieder.

ARTIKEL 48 CONSULT EN ADVIES VOOR VROUWEN

Een vergoeding voor voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen met gezondheidsproblemen die worden veroorzaakt door het hormonale systeem zoals de overgang of de menstruatie van maximaal € 300,- per kalenderjaar. Deze zorg dient te worden verleend door een verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van vrouwen en hormonen.

ARTIKEL 49 TANDHEELKUNDIGE VERSTREKKINGEN EN VERGOEDINGEN

De deelnemer, die naar het oordeel van de tandarts regiomanager of de commandant DTD, buiten zijn schuld bij dienstverlating nog onder daadwerkelijke militair tandheelkundige behandeling is, heeft aanspraak op voltooiing van deze behandeling, onder de voorwaarden in het basispakket en de uitbreiding basispakket.

Aangegeven tijdslimieten, waarbinnen een behandeling dient plaats te vinden, zijn niet van toepassing indien wordt aangetoond dat de tijdslimiet niet haalbaar was door varen, inzet, vliegen of oefenen of andere zwaarwegende omstandigheden.

Een reserve gebitsprothese wordt vergoed indien hiervoor redenen aanwezig zijn die samenhangen met de dienstuitvoering.

De adviserend tandarts kan na overleg met de Commandant DTD eveneens toestemming verlenen voor de 100% vergoeding van een behandeling indien de commandant DTD dit om onderbouwde militaire redenen noodzakelijk acht.

ARTIKEL 50 VOLTOOIING BEHANDELING NA BEËINDIGING ACTIEVE DIENST

De deelnemer die, op het moment dat hij de actieve dienst verlaat, nog onder militair medische behandeling is, heeft gedurende maximaal de eerste drie maanden vanaf de dag van ontslag aanspraak op voltooiing van deze, binnen de voorwaarden van het basispakket en de uitbreiding basispakket geldende, behandeling bij de MGD. De zorg dient te worden geleverd door de MGD en een direct gevolg te zijn van het geneeskundig onderzoek dienstverlaten of aantoonbaar onderdeel uit te maken van het traject voor afronding van de militair medische behandeling. Alleen met schriftelijke onderbouwing van de arts/specialist mag voltooiing van een militair medische behandeling door een (civiele) zorgaanbieder worden verzorgd. Zorg vanwege een chronische aandoening komt niet voor vergoeding in aanmerking.

ARTIKEL 51 FUNCTIONELE INDICATIE

De deelnemer kan op grond van een functionele indicatie voor vergoeding van de kosten van een behandeling in aanmerking komen. De Verantwoordelijk Militair Arts (VMA), na consultatie van de bedrijfsarts, stelt vast of er sprake is van een functionele indicatie en moet de aanvraag, voorzien van een omschrijving van de behandeling of voorziening, schriftelijk indienen bij de SZVK. Voorts is het Reglement functionele indicatie van toepassing.

ARTIKEL 52 OBDUCTIE

Vergoeding voor de kosten van een obductie oftewel een postmortaal onderzoek door een patholoog (medisch-specialist) inclusief de kosten voor het noodzakelijke vervoer (vice versa).

ARTIKEL 53 ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTENZORG

LID 1 TE VERGOEDEN ZORGKOSTEN

Vergoed worden de kosten van multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren. Bij de zorg in geval van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis gaat het uitsluitend om verzekerden tot 23 jaar.

De zorg bestaat uit:

- a. diagnostisch onderzoek;
- b. interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap; en
- c. interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met een zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeem gerichte 'mede' behandeling van ouders/verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met deze beperking. In die gevallen waarin er sprake is van het 'mee behandelen' vallen alle kosten onder de verzekering van de persoon met de zintuiglijke handicap.

LID 2 VOORWAARDEN

Algemeen

U komt bij een visuele beperking (gezicht) in aanmerking voor vergoeding van zintuiglijk gehandicaptenzorg indien:

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

Een en ander conform de richtlijnen van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap voor diagnostiek voor vaststelling van een visuele beperking.

U komt bij een auditieve beperking (gehoor) in aanmerking voor vergoeding van zintuiglijk gehandicaptenzorg indien:

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

Een en ander conform de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC).

U komt bij een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (spraak) in aanmerking voor vergoeding van zintuiglijk gehandicaptenzorg indien:

- a. de taalontwikkelingsstoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren;
- b. de taalontwikkelingsstoornis primair is. De taalontwikkelingsstoornis is primair wanneer:
 1. andere problematiek (van psychiatrische, fysiologische en/of neurologische aard) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis; en
 2. de taalontwikkelingsstoornis wordt gekarakteriseerd door ernstige problemen in de taalverwerving van de moedertaal. Het betreft hier dus geen taalverwervings-problematiek in verband met een tweede taal/anders taligheid.

De objectieve vaststelling of er sprake is van een communicatieve beperking zoals hiervoor is aangegeven, geschiedt met multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen.

Het zorgtraject in geval van een auditieve beperking start met audiologische hulp. Deze hulp valt niet onder de zintuiglijk gehandicaptenzorg. Deze audiologische hulp bestaat uit: diagnostisch onderzoek van de gehoorfunctie; advisering van de verzekerde over aan te schaffen gehoorapparatuur; voorlichting aan de verzekerden met betrekking tot het gebruik van de apparatuur.

Machtiging

Voor verblijf is voorafgaand aan de behandeling schriftelijke toestemming van de SZVK vereist.

Verwijzing

De deelnemer heeft een verwijzing en een verwijskaart nodig van een militair arts.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door gespecialiseerde zorgaanbieders. Daarbij is sprake van de inzet van een multidisciplinair team dat, al naar gelang de handicap, kan bestaan uit oogartsen, optometristen, KNO-artsen, audiologen, logopedisten, psychologen en maatschappelijk werkenden.

LID 3 UITSLUITINGEN

Onder zintuiglijk gehandicaptenzorg vallen niet:

- a. onderdelen van de zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
- b. de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven;
- c. de zorg aan verzekerden met een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis vanaf 23 jaar;
- d. Het inslijpen van aangeleerde vaardigheden bij zorg in verband met een auditieve beperking.

DEEL 6 DECLARATIE VAN KOSTEN

ARTIKEL 54 GELDEND MAKEN VAN AANSPRAKEN

Voor de deelnemer die zijn aanspraak geldend wil maken, geldt artikel 2.1.

Indien de zorgaanbieder waartoe de deelnemer zich wendt geen overeenkomst tot het verlenen van zorg heeft met de SZVK, keert de SZVK, conform de aanspraken krachtens de verzekeringsvoorwaarden uit en kunnen de kosten van behandelingen ingediend worden conform artikel 55. De deelnemer kan zijn vordering op de SZVK voor GGZ en Verpleging en verzorging niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie de SZVK geen overeenkomst heeft gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie de SZVK geen overeenkomst heeft, maakt de SZVK over op het rekeningnummer van de deelnemer.

Voor zover de deelnemer krachtens de verzekeringsvoorwaarden niet voor 100% aanspraak kan maken op vergoeding van kosten voor de verleende zorg, worden de daarmee gemoede kosten door de SZVK met de deelnemer verrekend.

Voor de verrekening zoals bedoeld in dit artikel ontvangt de deelnemer een betaalverzoek. Er zijn twee mogelijkheden:

- a. De deelnemer ontvangt een betaalmail en kan betalen via iDEAL. In de e-mail wordt de link meegegeven “Betaal nu via iDEAL”. Door op deze link te klikken kan de deelnemer via iDEAL betalen.
- b. De deelnemer ontvangt een factuur met betalingskenmerk. De deelnemer gebruikt bij het betalen het 16-cijferige betalingskenmerk. De deelnemer hoeft, bij gebruik van het betalingskenmerk, geen andere informatie toe te voegen, zoals uw naam, adres of verzekerdennummer.

ARTIKEL 55 INZENDEN VAN NOTA'S

Ter verkrijging van vergoedingen of tegemoetkomingen dienen de originele nota's te worden ingediend, op zodanige wijze gespecificeerd dat zonder verdere navraag er uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de SZVK is gehouden.

Zorgaanbieders, met uitzondering van zorgaanbieders voor Verpleging en verzorging en GGZ waarmee de SZVK geen overeenkomst heeft, kunnen de nota's rechtstreeks bij de SZVK declareren. Voor Verpleging en verzorging en GGZ verleend door een niet door de SZVK gecontracteerde zorgaanbieder dient de deelnemer zelf de kosten van zorg bij de SZVK te declareren. Ook voor andere kosten van zorg zendt de deelnemer de door hem ontvangen originele nota's, in de daarvoor bestemde declaratie-enveloppe, toe aan de SZVK, als de zorgaanbieder niet bereid is om de kosten bij de SZVK te declareren. De nota dient door de zorgaanbieder te zijn voorzien van de naam, de geboortedatum en het burgerservicenummer van de deelnemer, de aard van de behandeling, de datum van behandeling, het notabedrag en het rekeningnummer van de zorgaanbieder. De deelnemer dient zijn burgerservicenummer of verzekerdennummer te vermelden, alsmede het rekeningnummer, waarop de betaling dient plaats te vinden. Over nota's die ouder zijn dan drie jaar, dan wel nota's van jongere datum - maar betrekking hebbend op behandelingen, welke, gerekend van de datum van indiening af, meer dan drie jaar geleden werden ondergaan - wordt geen vergoeding of tegemoetkoming toegekend.

Op het declaratieformulier SZVK kan de deelnemer aangeven dat de betaling rechtstreeks aan de zorgaanbieder moet plaatsvinden. Eventuele kosten die niet vallen onder de dekking van deze verzekering zullen met de deelnemer worden verrekend conform het bepaalde in artikel 54.

In die gevallen waarin machtiging is vereist, moet die machtiging bij de eerste nota worden overgelegd.

Indien de deelnemer zich voor geneeskundige zorg heeft gewend tot een zorgaanbieder niet behorende tot de MGD, dient een verwijskaart van een militaire arts te worden bijgevoegd.

Een verstrekking komt alleen voor vergoeding of tegemoetkoming in aanmerking, indien deze is voorgeschreven door een militaire huisarts of militaire medisch-specialist. Dit voorschrift dient bij de nota te worden gevoegd.

Voor uitkering van de vergoeding of tegemoetkoming voor vervoer per openbaar vervoermiddel moeten de op dat vervoer betrekking hebbende vervoerbewijzen worden overgelegd.

Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient de deelnemer gespecificeerde rekeningen in het Engels, Frans, Duits, Spaans of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen, te verstrekken.

Op duplicaatnota's, herinneringsnota's en fotokopieën worden geen vergoedingen of tegemoetkomingen uitgekeerd. Alleen originele nota's komen voor vergoeding in aanmerking.

ARTIKEL 56 UITBETALING VAN VERGOEDINGEN OF TEGEMOETKOMINGEN

Toe te kennen vergoedingen of tegemoetkomingen kunnen nooit meer bedragen dan de werkelijke kosten.

Indien een in deze verzekeringsvoorwaarden opgelegde verplichting niet wordt nageleefd, is de SZVK tot generlei vergoeding of tegemoetkoming verplicht.

Indien de medisch adviseur of de tandheekkundig adviseur van oordeel is dat enigerlei verstrekking zonder medische c.q. tandheekkundige noodzaak wordt gegeven of reeds is gegeven, stelt deze zich in verbinding met de desbetreffende (voorschrijvende) hulpverlener en/of met de deelnemer.

Indien in verband met het bovenstaande de bevindingen van de medisch adviseur of van de tandheekkundig adviseur daartoe aanleiding geven, kan de SZVK beslissen dat de vergoeding of tegemoetkoming geheel of gedeeltelijk niet (meer) zullen worden toegekend. Van deze beslissing wordt de deelnemer zo spoedig mogelijk in kennis gesteld.

Verzekerde kosten worden in principe binnen 15 werkdagen na ontvangst van de originele nota's vergoed.

De vergoeding van de aanspraak vindt in Nederland in euro's plaats tegen de koers van die dag, waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruikt de SZVK de historical rates van www.XE.com.

Indien de deelnemer het niet eens is met de door de SZVK gehanteerde vergoeding of tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige behandeling, dient hij te handelen zoals beschreven in artikel 66 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Vergoedingen of tegemoetkomingen met een gezamenlijke waarde onder de € 250,- worden aan buiten de EU/EER/Verdragslanden woonachtige deelnemers slechts betaalbaar gesteld op een bankrekening in Nederland. Bij het ontbreken daarvan vindt vergoeding of tegemoetkoming plaats op een door de deelnemer aangegeven wijze onder aftrek van de kosten van het internationale betalingsverkeer en verrekening van eventuele valutaverschillen. Afzonderlijke betalingen van bedragen lager dan € 250,- worden vanuit Nederland niet rechtstreeks aan een zorgaanbieder buiten de EU/EER/Verdragslanden betaald.

ARTIKEL 57 UITSLUITINGEN VAN VERGOEDING

Er gelden geen aanspraken op vergoedingen of tegemoetkomingen in de kosten (tenzij in de verzekeringsvoorwaarden uitdrukkelijk anders is bepaald) in de volgende gevallen:

- Voor verpleging en behandeling in verzorgingstehuizen, rusthuizen, vakantie- en gezondheidskolonies en inrichtingen voor dagverblijf met uitzondering van inrichtingen voor psychiatrische dagbehandeling en voor revalidatie-dagbehandeling. Evenmin bestaat aanspraak op een vergoeding of tegemoetkoming voor hulp van een gezinsverzorgster;
- Indien en voor zover door de deelnemer aanspraak op vergoeding van de kosten voor verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:
 - Een wettelijk geregelde verzekering;
 - Een regeling van overheidswege;
 - Een subsidieregeling;
 - Een andere overeenkomst.
- Voor aanspraken of vergoedingen die voor de deelnemers kunnen worden bekostigd op grond van de Wlz, de Jeugdwet of de Wmo 2015, ongeacht of de deelnemer Wlz, Jeugdwet of Wmo-gerechtigd is;
 - a. Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
 - b. Het in artikel 57 sub a vermelde geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en worden gebruikt of bestemd zijn om te worden gebruikt voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor de vervaardiging, het gebruik, de opslag en het zich ontdoen van de radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225);
 - c. Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt artikel 56 sub b geen toepassing;
- Voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen sterilisatie;
- Voor de behandeling van ziekten of ongevallen waarvan eerdere behandelingen door de deelnemer tegen het advies van de behandelend arts(en) in zijn afgebroken;
- Voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering en deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- Voor kosten die verband houden met een te maken buitenlandse reis;
- Indien de deelnemer naar het oordeel van de SZVK heeft gehandeld in strijd met het reglement of heeft nagelaten de voorschriften van de behandelend arts(en) te volgen;
- Voor verpleging op grond van sociale redenen;
- Voor sportgeneeskunde en behandeling of advies door een sportmedisch adviescentrum;
- Voor versterkende middelen, voedingsmiddelen, vermageringsmiddelen, tonica, medicinale wijnen, traanproducten, vitaminepreparaten, laxeremiddelen, cosmetica en middelen, die in enige handelsverpakking buiten de apotheek verkrijgbaar zijn (de zogenaamde drogisterijartikelen), tenzij daarop aanspraak bestaat krachtens het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) of indien in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;

- Voor de volgende onderdelen van farmaceutische zorg:
 - Farmaceutische zorg zoals in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - Farmaceutische zorg met betrekking tot een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is (met uitzondering van de zorg die wordt geleverd conform artikel 7);
 - Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep (met uitzondering van voorlichting over middelen die worden verstrekt op grond van artikel 7);
 - Advies farmaceutische zelfzorg (met uitzondering van advies over middelen die worden geleverd conform artikel 7);
 - Advies gebruik UR-geneesmiddelen tijdens reis;
 - Advies ziekterisico bij reizen;
 - Bepaalde zelfzorggeneesmiddelen, die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn;
 - Geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald (met uitzondering van de zorg die wordt geleverd conform artikel 39);
 - Geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
 - Geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40., derde lid sub b., van de Geneesmiddelenwet;
 - Geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40., derde lid sub f., van de Geneesmiddelenwet.
 - Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, dagbehandeling of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch-specialistische zorg.
- Voor vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties die bij Regeling zorgverzekering zijn uitgesloten. De deelnemer vindt de Regeling zorgverzekering op www.wetten.nl.
- Voor declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;
- Repatriëring tijdens varen, inzet, vliegen en oefenen in het buitenland.

ARTIKEL 58 FRAUDE

Fraude heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. De deelnemer is eveneens verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen. De SZVK brengt het bestuur van de SZVK op de hoogte. Het bestuur van de SZVK zal de geëigende maatregelen treffen.

ARTIKEL 59 HARDHEIDSBEPALING

De SZVK is bevoegd voor bepaalde gevallen of groepen van gevallen tegemoet te komen aan onbillijkheden van overwegende aard, die zich bij de toepassing van deze verzekeringsvoorwaarden mochten voordoen.

DEEL 7 OVERIGE BEPALINGEN

ARTIKEL 60 VRIJE KEUZE VAN ZORGAANBIEDERS EN INSTELLINGEN

De deelnemer is verplicht zich voor medische zorg in eerste instantie te wenden tot de MGD. Alleen als de MGD deze zorg niet kan leveren en/of de deelnemer doorverwijst, kan de deelnemer zich met een verwijskaart vervoegen bij een civiele zorgaanbieder.

ARTIKEL 61 BEGIN EN EINDE VAN DE DEKKING

De deelnemer heeft recht op vergoeding van de kosten, zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/ of de datum van de leverantie, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering, geldt een maximale periode voor de duur van de DBC.

ARTIKEL 62 TELEFONISCHE EN MONDELINGE INFORMATIE

Geen beroep kan worden gedaan op telefonische of mondelinge informatie door medewerkers van de SZVK. Een schriftelijke bevestiging is noodzakelijk.

ARTIKEL 63 KENNISGEVINGEN

Kennisgevingen aan de deelnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de deelnemer te hebben bereikt.

ARTIKEL 64 DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING

De verzekering eindigt in ieder geval zodra de deelnemer niet langer rechthebbende is volgens het AMAR.

De deelnemer wordt automatisch afgemeld door of namens Defensie.

Ingevolge het AMAR vervalt het recht op deelname aan de SZVK-verzekering op het moment dat de deelnemer de actieve dienst verlaat.

ARTIKEL 65 PREMIEBETALING

De premies en de wettelijke bijdragen voor de deelnemer worden conform het AMAR op de bezoldiging van de deelnemer ingehouden.



ARTIKEL 66 RECHTSBESCHERMING

LID 1 Indien de SZVK voornemens is om een aanvraag tot het vergoeden van (een deel van) gedeclareerde kosten of tot het verlenen van een machtiging dan wel een andere aanvraag af te wijzen wordt dit binnen 20 werkdagen na ontvangst van die aanvraag aan de deelnemer medegedeeld, onder vermelding van de gronden waarop het voornemen berust.

LID 2 Binnen drie weken na de dag waarop de in lid 1 genoemde mededeling is verzonden, kan de deelnemer daartegen schriftelijke bedenkingen inbrengen. Bedenkingen zijn tijdig ingebracht indien zij voor het einde van de termijn zijn ontvangen. Op het geschrift wordt door de SZVK de datum van ontvangst aangetekend.

De SZVK neemt binnen drie weken na ontvangst van de bedenkingen een besluit waarbij de overwegingen omtrent de ingebrachte bedenkingen zijn aangegeven.

LID 3 Indien binnen de termijn bedoeld in lid 2 geen bedenkingen zijn ingebracht wordt de SZVK geacht, met ingang van de dag waarop genoemde termijn is verstreken, te hebben beslist overeenkomstig de mededeling als bedoeld in lid 1.

Tegen de in lid 2 en 3 genoemde besluiten kan de deelnemer bezwaar maken bij het bestuur van de SZVK, Postbus 20701, 2500 ES Den Haag. Overeenkomstig de Algemene Wet Bestuursrecht moet het bezwaarschrift binnen zes weken worden ingediend. De termijn vangt aan met ingang van de dag na die waarop het besluit als bedoeld in lid 3 is bekend gemaakt onderscheidenlijk de termijn als bedoeld in lid 2 is verstreken.

Nadat het bestuur van de SZVK beslist heeft over het bezwaar kan de deelnemer tegen dit besluit beroep instellen bij de rechtbank.

MEER WETEN?

Klantenservice SZVK
Beschikbaarheid maandag t/m vrijdag van 8.00 uur tot 17.00 uur
Telefoonnummer 088 - 0 270 700
Vanuit het buitenland +31 88 0 270 700

SZVK
Postbus 440
3100 AK Schiedam

E-mail zorgvragen via het contactformulier op www.szvk.nl.

EEN DECLARATIE INDIENEN?

De snelste manier is digitaal. Gebruik daarvoor de MijnSZVK-app of scan van de rekening en dien deze in via MijnSZVK.

Declareert u liever via de post? Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele rekening aan ons op.

HEEFT U NOG VRAGEN?

Kijk dan op www.szv.nl of neem contact met ons op via telefoonnummer 088 - 0 270 700. Wij staan u graag te woord.



STICHTING ZIEKTEKOSTENVERZEKERING KRIJGSMACHT