



STICHTING ZIEKTEKOSTENVERZEKERING KRIJGSMACHT

© Univé werkt in opdracht van de SZVK te Den Haag



N.V. Univé Zorg

VERZEKERINGSVOORWAARDEN BASIS- PAKKET EN UITBREIDING BASISPAKKET (ingaaude 1 januari 2015)

Inhoudsopgave	Bladzijde	Inhoudsopgave	Bladzijde
Artikel 1. Begripsomschrijvingen	2	Artikel 8. Declaratie van kosten	14
Artikel 2. Verplichtingen van de deelnemer	5	8.1. Geldend maken van aanspraken	14
2.1. Bijzondere regels	5	8.2. Inzenden van nota's	14
2.2. Indeling in verpleegklassen	5	8.3. Uitbetaling van vergoedingen of tegemoetkomingen	14
2.3. Procedure bij aanmelding	5	8.4. Uitsluitingen van vergoeding	14
2.4. Het melden van wijzigingen	5	8.5. Fraude	15
2.5. Het aanvragen van machtigingen	5	8.6. Hardheidsbepaling	15
2.6. Overige verplichtingen van de deelnemer	5	Artikel 9. Overige bepalingen	15
Artikel 3. Omvang van de dekking	5	9.1. Vrije keuze van zorgverleners en instellingen	15
Artikel 4. Basisvoorzieningen Basispakket	5	9.2. Opname in een hogere dan de verzekerde klasse	15
4.1. Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke Gezondheidszorg)	5	9.3. Begin en einde van de dekking	15
4.2. Dialyse	6	9.4. Telefonische en mondelinge informatie	15
4.3. Transplantaties	6	9.5. Kennisgevingen	15
4.4. Mechanische beademing	6	Artikel 10. Duur en einde van de verzekering	15
4.5. Revalidatie	6	Artikel 11. Premiebetaling	15
4.6. Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	7	Artikel 12. Rechtsbescherming	15
4.7. Verblijf in een instelling	7		
4.8. Farmaceutische zorg en dieetpreparaten	7		
4.9. Hulpmiddelen en verbandmiddelen	8		
4.10. Fysiotherapie en oefentherapie	8		
4.11. Logopedie	8		
4.12. Behandeling door of vanwege de huisarts	8		
4.13. Bevalling en kraamzorg	8		
4.14. Tandheelkundige verstrekkingen en vergoedingen	9		
4.15. Vervoer	10		
4.16. Erfelijkheidsonderzoek	11		
4.17. Audiologische zorg	11		
4.18. Dieetadvisering	11		
Artikel 5. Bijzondere aanspraken Basispakket	11		
5.1. Buitenlanddekking	11		
5.2. Gezichtsbehandelingen	11		
5.3. Alternatieve geneeskunde	12		
5.4. Orthoptische behandelingen door een orthoptist	12		
5.5. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	12		
5.6. Sterilisatie	12		
5.7. Flebologische behandeling	12		
5.8. In-vitrofertilisatie (IVF)	12		
5.9. Preventieve geneeskunde	12		
5.10. Oedeemtherapie	12		
5.11. Podothérapie en pedicure voor diabetici en reumapatiënten	12		
5.12. Stottertherapie	12		
5.13. Plastische chirurgie	12		
5.14. Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel	12		
5.15. Huur van apparatuur voor uitwendige geneeswijzen	13		
5.16. Ergotherapie	13		
5.17. Hospicezorg	13		
5.18. Preventieve inenting en malariapillen	13		
5.19. Revalidatieprogramma Herstel & Balans®	13		
Artikel 6. Wlz-aanspraken	13		
Artikel 7. Uitbreiding Basispakket	13		
7.1. Genees- en verbandmiddelen	13		
7.2. Genees- en heelkundige zorg	13		
7.3. Overige verstrekkingen en vergoedingen	13		
7.4. Tandheelkundige verstrekkingen en vergoedingen	14		
7.5. Voltooing behandeling na beëindiging actieve dienst	14		
7.6. Functionele indicatie	14		

Artikel 1. Begripsomschrijvingen

Maatschappij

N.V. Univé Zorg, die in opdracht van de SZVK op contractuele basis de Regeling ziektekostenverzekering militairen feitelijk uitvoert. N.V. Univé Zorg is statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 37112407. N.V. Univé Zorg is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandse Bank (DNB), vergunningnummer: 12000665. N.V. Univé Zorg is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A.

(verder in alfabetische volgorde)

Acute zorg

Medisch noodzakelijke zorg die geen uitstel gedooft.

AMAR

Algemeen militair ambtenarenreglement.

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 toelating zorginstellingen (WTZI).

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 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 maatschappij te hebben afgesloten.

Begeleiding bij het stoppen met roken

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt onder begeleiding bij het stoppen met roken verstaan:

- Korte behandelingen, zoals eenmalige stopadviezen;
- Intensieve vormen van behandeling die gericht zijn op gedragsverandering (in een groep of individueel). De behandeling bestaat uit ten minste vier contacten van ten minste tien minuten in een periode van één tot enkele maanden.

De kosten van de benodigde medicijnen komen niet voor vergoeding in aanmerking. Haalt de deelnemer deze medicijnen bij de militaire apotheek, dan worden de ondersteunende medicijnen wel vergoed.

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 mensen die ongeneeslijk ziek zijn, kunnen verblijven in de laatste periode van hun leven. 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.

Buitenland

Buiten het Europees deel van het Koninkrijk der Nederlanden.

Centrum voor bijzondere tandheekkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsadvies

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

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, onder a van het AMAR.

Defensie

Ministerie van defensie.

Diagnose Behandeling Combinatie (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.

Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en dat beschikt over een rechtsgeldig tarief op grond van artikel 50 van de Wet marktordening gezondheidszorg.

Diëtist

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

Eigen bijdrage

Een vastgesteld bedrag/aandeel van de volgens de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komende kosten, dat de deelnemer zelf dient te dragen alvorens het resterende deel van de kosten voor vergoeding in aanmerking komt.

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

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

Farmaceutische zorg

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

Fysiotherapie

Een fysiotherapeut, die is 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. De kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oedeemtherapeut en bekkenfysiotherapeut moeten zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Functionele indicatie

Er is sprake van een functionele indicatie als de militair bij het uitvoeren van de taak of functie, waarvoor de militair door zijn commandant is aangewezen, een beperking heeft, die alleen opgeheven kan worden door de verstrekking van een specifiek hulpmiddel of door een specifieke heelkundige ingreep.

Geboortecentrum

Eerstelijns geboortecentrum voor het faciliteren van natale zorg (zorg tijdens de bevalling) en postnatale zorg (zorg gedurende de eerste 10 dagen na de bevalling), waarvan het beheer en de exploitatie wordt uitgevoerd door aanbieders van eerstelijns geboortezorg. Het beheer en de exploitatie van het eerstelijns geboortecentrum kan ook

worden uitgevoerd door zorgaanbieders anders dan eerstelijns verloskundigen, zoals bijvoorbeeld kraamzorginstanties. Vergoeding is alleen mogelijk indien er een overeenkomst is tussen de maatschappij en het geboortecentrum.

Geriatrische revalidatie

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 leer- en verminderde trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen, dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

Gezondheidszorgpsycholoog

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

Gecontracteerde zorg

Tussen de maatschappij 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 niet-complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Gespecialiseerde GGZ

Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.

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 toelating zorginstellingen (WTZi).

Hospicezorg

Hospicezorg is kortdurende opvang buitenshuis in daartoe specifiek ingerichte ruimtes waar ernstig zieke mensen in de laatste fase van hun leven worden begeleid en verzorgd door professionele hulpverleners en/of vrijwilligers.

Huisarts

Een (officier)arts, die is belast met de eerstelijns geneeskundige verzorging van de eenheid waarbij de deelnemer is ingedeeld.

Hulpmiddelen

De in de Regeling zorgverzekering vastgestelde lijst van hulpmiddelen en het daarbij door de maatschappij 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 toelating zorginstellingen;
2. Een in het buitenland gevestigde rechtspersoon, die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of die zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

In-vitrofertilisatiepoging (IVF)

- Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, 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 Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die is geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. De kinderfysiotherapeut moet ook zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die is geregistreerd conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Kraampakket

Het door de maatschappij te verstrekken pakket benodigdheden ten behoeve van de bevalling en kraamzorg.

Kraamverzorgende

Een kraamverzorgende, die in het bezit is van een erkend diploma voor kraamverzorging/kraamverpleging.

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.

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).

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 maatschappij voor de afname van bepaalde zorg, die door of namens de maatschappij aan de deelnemer wordt verstrekt.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut, die is geregistreerd conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut is geregistreerd in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten. De manueel therapeut moet ook zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Medisch adviseur

Een arts, die de maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.

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, die in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is 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 Diensten, zijnde het geheel van militaire geneeskundige voorzieningen met inbegrip van het Centraal Militair Hospitaal (CMH) en het Militair Revalidatie Centrum (MRC) en de Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD).

Mondhygiënist

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

NZa

De 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. De NZa ontleent haar taken aan de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Naast deze taken richt de NZa zich op het pro-actief vaststellen van condities voor marktwerking en de handhaving daarvan.

Niet-klinische medisch-specialistische zorg

- a. Het onderzoek of de behandeling door een medisch-specialist dat/die niet plaatsvindt tijdens een ziekenhuisverpleging van meer dan 24 uur;
- b. 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.

Oedeemtherapeut

Een huidtherapeut, die in het bezit is van een erkend diploma Therapeutische Lymfedrainage en Oedeemtherapie en die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten; dan wel een fysiotherapeut, die als zodanig is geregistreerd conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut is geregistreerd in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

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". De kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck moet ingeschreven zijn in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

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 Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

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.

Podotherapeut

Beoefenaar van de podotherapie, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten en is ingeschreven in het kwaliteitsregister Paramedici.

Preconceptiezorg

Onder preconceptiezorg wordt verstaan:

- Adviezen over gezonde voeding;
- Advies over de suppletie van foliumzuur;
- 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.

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 en die tevens het meest economisch is voor de verzekering en de patiënt.

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.

Stichting

De Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK).

Tandheelkundig adviseur

Een tandarts, die de maatschappij 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 opleidings-eisen 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

Een land niet behorende tot de Europese Unie of EER-lidstaten, waarmee Nederland een verdrag over sociale zekerheid heeft gesloten en waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden de volgende landen verstaan: Australië (alleen bij verblijf korter dan één jaar), Bosnië-Herzegovina, Kaap-Verdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië, en Turkije.

Verificatie

Controle door de maatschappij of een geneeskundige verstrekking aan een deelnemer volgens de door de maatschappij 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.

Verwijzing

Verwijskaart, waarmee de militair arts, huisarts, bedrijfsarts of (militair) medisch-specialist te kennen geeft dat een deelnemer wordt verwezen naar een andere (gespecificeerde) vorm van zorg.

Verzekerdnummer

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

Verzekeringsbewijs

Het verzekeringsbewijs bestaat uit een bewijs van inschrijving en/of de bij de verzekering behorende premiespecificatie.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Telefoonnummer: 0900-899 82 25 (€ 0,10 per minuut). Internetadres: www.bigregister.nl.

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmg

De wet marktordening gezondheidszorg regelt welke 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.

Zorggroep

De zorggroep is een samenwerkingsverband van zorgaanbieders met verschillende disciplines onder leiding van een huisarts die samen de ketenzorg leveren. Naast de huisarts wordt ook zorg geleverd door bijvoorbeeld een verpleegkundige, praktijkondersteuner, diëtist, podotherapeut of pedicure.

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

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 melden bij de Militair Geneeskundige Diensten (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 contracttandarts.

De deelnemer dient in ieder geval altijd de volgende regels in acht te nemen:

- Bij contact met een civiele zorgverlener (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 verwijfskaart te tonen;
 - c. Opgave te doen van de naam en het adres van de militaire arts naar wie de medische informatie (huisartsenbrief) moet worden verstuurd.
- De deelnemer mag alleen gebruik maken van civiele zorgaanbieders als de militair geneeskundige diensten (MGD) en met name het Centraal Militair Hospitaal (CMH) niet in staat zijn om de noodzakelijke hulp te verlenen. De militaire arts zal in dat geval een verwijfsbrief en een verwijfskaart verstrekken aan de militair en een kopie verwijfskaart naar de maatschappij sturen.
- 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 verwijfsbrief noodzakelijk van de militaire tandarts. Noodhulp in de avond en het weekend wordt vergoed.

In de voorwaarden van de SZVK wordt gebruik gemaakt van termen als huisarts, bedrijfsarts, medisch-specialist, tandarts e.d.. Hiermee wordt bedoeld de militaire zorgverlener (of de civiele zorgverlener naar wie hij is verwezen door een militaire arts).

2.2. Indeling in verpleegklassen

Ten aanzien van de verpleegklasse heeft de deelnemer recht op verpleging in de:

- a. Derde klasse: beneden de rang van luitenant ter zee der derde klasse/tweede luitenant;
- b. Tweede klasse: vanaf de rang van luitenant ter zee der derde klasse/tweede luitenant.

2.3. Procedure bij aanmelding

- 2.3.1. De deelnemer wordt automatisch aangemeld door of namens Defensie.
- 2.3.2. Iedere deelnemer ontvangt een exemplaar van de verzekeringsvoorwaarden.
- 2.3.3. De verstrekte persoonsgegevens worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is het privacyreglement SZVK van toepassing, dat ter inzage ligt of op verzoek verkrijgbaar is.

2.4. Het melden van wijzigingen

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

2.5. Het aanvragen van machtigingen

- 2.5.1. 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.
- 2.5.2. In het geval dat er sprake is van verblijf in een ziekenhuis van meer dan 21 dagen, moet een verzoek tot voortgezet ziekenhuisverblijf bij de maatschappij worden ingediend, onder opgave van de reden van verdere medisch-specialistische behandeling en verblijf in een ziekenhuis. Op het moment dat niet langer medische gronden voor medisch-specialistische hulp in combinatie met verblijf in een ziekenhuis aanwezig zijn, dient dit direct aan de maatschappij te worden gemeld.
- 2.5.3. 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.

- 2.5.4. Indien de deelnemer de maatschappij 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 artikel 2.5.1. 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

- 2.6.1. De deelnemer is verplicht:
 - a. De behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur;
 - b. Aan de maatschappij, 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 maatschappij en de maatschappij 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 oefentherapie, 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. In geval van een plastisch chirurgische behandeling dient deze behandeling van tevoren te worden aangevraagd bij en te zijn goedgekeurd door de maatschappij.
- 2.6.2. Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft de maatschappij geen kosten te vergoeden.

Artikel 3. Omvang van de dekking

3.1. Het pakket SZVK is als volgt opgebouwd:

- a. Het basispakket, verdeeld in:
 - Basisvoorzieningen basispakket;
 - Bijzondere aanspraken basispakket;
- b. De Wlz-aanspraken;
- c. De uitbreiding op het basispakket.

- 3.2. De dekking omvat de in Nederland gemaakte kosten van geneeskundige verzorging. Voor tijdelijk verblijf in het buitenland geldt de in artikel 5.1. opgenomen buitenlanddekking. Bij vestiging in het buitenland gelden de in artikel 5.1.2. en artikel 6.1. opgenomen bepalingen.

- 3.3. De maatschappij dekt de kosten van de in de artikelen 4 tot en met 7 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.

- 3.4. 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 maatschappij en de desbetreffende zorgaanbieders. Als er voor die zorg geen inkooptarieven zijn vastgesteld en Wmg-tarieven gelden, dan vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Indien de maatschappij geen tarief met de zorgaanbieder is overeengekomen voor fysiotherapie, oefentherapie, diëetadviesing en ergotherapie wordt respectievelijk een vergoeding verleend conform de Lijst maximale vergoedingen fysiotherapie SZVK, de Lijst maximale vergoedingen oefentherapie SZVK, de Lijst maximale vergoedingen diëetadviesing 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.

Artikel 4. Basisvoorzieningen Basispakket

4.1. Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke Gezondheidszorg)

- 4.1.1. **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, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant. Onder medisch-specialistische zorg is ook begrepen:

- Begeleiding bij 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 verwijzing 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.

De volgende bepalingen gelden:

- Indien opname plaatsvindt in een hogere klasse worden de kosten vergoed tot het bedrag dat voor verpleging en behandeling zou zijn berekend in de klasse waarop de deelnemer recht heeft (zie ook artikel 4.7. Verblijf in een instelling);
- De deelnemer is voor medisch specialistische zorg in eerste instantie aangewezen op het Centraal Militair Hospitaal. Als het CMH de deelnemer doorverwijst voor een behandeling zoals onderstaand vermeld, vindt de deelnemer de door de maatschappij op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg gecontracteerde zorgaanbieders in het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders Vergelijk en Kies. Dit betekent dat de maatschappij bepaalde medisch-specialistische zorg alleen inkoop bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria. Dat geldt met name voor:
 - (Kijk)operatie en combinatiebehandeling (operatie en chemotherapie) in verband met:
 - Alvleesklierkanker;
 - Blaaskanker;
 - Borstkanker;
 - Dikke darmkanker;
 - Endeldarmkanker;
 - Longkanker;
 - Maagkanker;
 - Prostaatankanker;
 - Slokdarmkanker;
 - Bariatrische chirurgie;
 - Cataractbehandeling (behandeling van staar);
 - Coloscopie (inwendig darmonderzoek) dat wordt uitgevoerd nadat de deelnemer heeft meegedaan aan het bevolkingsonderzoek darmkanker en een uitnodiging heeft ontvangen voor verder vervolgonderzoek;
 - Knievervangning;
 - Heupvervangning.

- Het kan zijn dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum niet door de maatschappij is gecontracteerd voor deze zorg;
- Indien er sprake is van een onacceptabele wachttijd voor medisch-specialistische zorg kan er contact opgenomen worden met Univé Afdeling Zorgadvies en bemiddeling telefoonnummer: (088) 131 16 17;
 - Voor een aantal medisch-specialistische behandelingen is voorafgaande schriftelijke toestemming van de maatschappij vereist. Deze behandelingen staan op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. De lijst is raadpleegbaar op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: (072) 527 76 77.

Onder medisch-specialistische zorg is ook begrepen:

- Tot 1 januari 2016 behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten (klachten waar geen duidelijke oorzaak voor gevonden kan worden) met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken;
- Tot 1 januari 2017 behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie;
- Tot 1 januari 2017 behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie, indien de deelnemer deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)";
- Tot 1 januari 2018 behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose;
- Tot 1 januari 2018 het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapieresistente morbus Crohn.

4.2. Dialyse

Aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten van dialyse verleend in een dialysecentrum, ziekenhuis of ten huize van de deelnemer, al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, noodzakelijke deskundige assistentie en de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van de deelnemer alsmede van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

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.

4.3. Transplantaties

De kosten van transplantatie van weefsels en organen verricht door een medisch-specialist 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 voor-

noemd, hebt u alleen recht op deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerd partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont. Ook bestaat recht op vergoeding van de kosten van weefselyperingen gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) in verband met deze transplantaties. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na schriftelijke toestemming vooraf door de maatschappij. Vergoed worden tevens de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste drie maanden, 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, opnemings 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.

4.4. 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 voorschrijf 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.

4.5. Revalidatie

4.5.1. Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:

- Deze zorg voor de deelnemer als meest doeltreffend is aangegeven ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat en;
- De deelnemer met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen redelijkerwijs 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 revalidatie-arts worden uitgevoerd;
- Oncologische revalidatie. 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).

4.5.2. Revalidatie kan plaatsvinden:

- In een klinische situatie (opname). Op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten zijn te verwachten dan met revalidatie zonder opname;
- In een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

4.5.3. Revalidatie

In aanvulling op de vergoeding van artikel 4.5.1. is onder revalidatie ook begrepen het ontwikkelen van een specifiek militair "traject", waarbij curatieve zorg wordt gericht op onder andere de pijnklachten in relatie tot het houdings- en bewegingsapparaat (vroege interventie).

4.5.4. 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 maatschappij een langere periode toestaan. De deelnemer heeft alleen recht op deze zorg als:

- De zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12. van het Besluit zorgverzekering, waarbij dat verblijf niet is vooraf gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg;
- De deelnemer een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid en de deelnemer voorafgaand medisch-specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater

of internist ouderengeneeskunde op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het verrichten van het geriatrische assessment, ook als geen ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden;

3. De zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12. van het Besluit zorgverzekering.

Geriatrische revalidatie wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

4.6. Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

4.6.1. Generalistische basis GGZ

Aanspraak bestaat vergoeding van de kosten voor generalistische basis GGZ zoals psychiaters en klinisch psychologen plegen te bieden. De deelnemer maakt samen met de behandelaar een behandelplan waarin de deelnemer afsprekt welke zorg nodig is en hoe lang de zorg gaat duren. De behandelaar stelt vervolgens vast op welke zorg de deelnemer recht heeft:

1. Basis GGZ Kort (BK);
2. Basis GGZ Middel (BM);
3. Basis GGZ Intensief (BI);
4. Basis GGZ Chronisch (BC).

Deze zorg wordt verleend door een psychiater, klinisch (neuro) psycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater, gezondheidszorgpsycholoog of verpleegkundig specialist GGZ of gezondheidszorgpsycholoog. De verpleegkundig specialist GGZ mag alleen Basis GGZ Chronisch (BC) verlenen en is werkzaam in een zorggroep.

Medebehandelaar GGZ: onder de eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar mag een deel van de zorg ook worden verleend door een medebehandelaar. De medebehandelaar moet een beroep uitoefenen zoals vermeld in de DBC-beroepentabel GGZ die is vastgesteld door de NZa.

Voorschrijfvereisten

De deelnemer moet zich in eerste instantie wenden tot de MGD/MGGZ. Voor generalistische basis GGZ is een verwijzing van een MGGZ-arts, huisarts, bedrijfsarts of specialist ouderengeneeskunde noodzakelijk.

Uitgesloten behandelingen

De deelnemer heeft geen recht op:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen;
- Hulp bij werk- en relatieproblemen;
- Psychosociale hulp;
- Zorg bij leerstoornissen;
- Zelfhulp;
- Het toeleiden naar zorg;
- Preventie en dienstverlening;
- Psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen;
- Intelligentieonderzoek;
- Interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

4.6.2. Niet-klinische gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en gespecialiseerde behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen. Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van de behandeling. De activiteiten moeten voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandelplan te realiseren. Ook moeten de activiteiten plaatsvinden onder aansturing van de behandelaar. De behandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. Hierbij valt te denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

De zorg wordt verleend door een hoofdbehandelaar GGZ: psychiater, klinisch (neuro) psycholoog, psychotherapeut of specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater of verpleegkundig specialist GGZ. De zorg in de GGZ-instelling wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen. De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijkheid voor de zorg. Onder eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar mag een deel van de zorg ook worden verleend door een medebehandelaar. Een medebehandelaar moet een beroep uitoefenen zoals vermeld in de DBC-beroepentabel GGZ die is vastgesteld door de NZa.

Voorschrijfvereisten

De deelnemer moet zich in eerste instantie wenden tot de MGD/MGGZ. Voor niet-klinische geestelijke gezondheidszorg is een voorschrift van een MGGZ-arts, huisarts, bedrijfsarts of specialist ouderengeneeskunde noodzakelijk. Een psychiater die een behandelplan na verwijzing van een huisarts is gestart, kan op basis van deze verwijzing doorverwijzen.

Uitgesloten behandelingen

De deelnemer heeft geen recht op:

- Behandeling van aanpassingsstoornissen;
- Hulp bij werk- en relatieproblemen;
- Psychosociale hulp;
- Zorg bij leerstoornissen;
- Zelfhulp;
- Het toeleiden naar zorg;
- Preventie en dienstverlening;
- Psychologische hulp in verband met lichamelijke aandoeningen;
- Interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

4.7. Verblijf in een instelling

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, gespecialiseerde GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen), zoals omschreven in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen). Onderbrekingen door weekend- en vakantieverlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar.

Het verblijf vindt plaats in een ziekenhuis, op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, in een GGZ-instelling of in een revalidatie-instelling of op een locatie waar de zorg onder verantwoordelijkheid van de huisarts plaatsvindt die voldoet aan de eisen zoals de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) deze stelt aan een instelling. Voor verblijf is een voorschrift noodzakelijk van een MGD-arts, MGGZ-arts, huisarts, verloskundige, medisch-specialist, psychiater of kaakchirurg. Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

De volgende bepalingen gelden:

- a. Indien er sprake is van een verblijf in een ziekenhuis van meer dan 21 dagen, moet een verzoek tot voortgezet ziekenhuisverblijf bij de maatschappij worden ingediend, onder opgave van de reden van verdere medisch-specialistische behandeling en verblijf in een ziekenhuis;
- b. Op het moment dat niet langer medische gronden voor medisch-specialistische hulp in combinatie met verblijf in een ziekenhuis aanwezig zijn, dient dit direct aan de maatschappij te worden gemeld;
- c. Indien er sprake is van een onacceptabele wachttijd voor een opname kan er contact opgenomen worden met Univé Afdeling Zorgadvies en bemiddeling telefoonnummer: (088) 131 16 17.

4.8. Farmaceutische zorg en dieetpreparaten

4.8.1.

De kosten van 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, onder 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 of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts, tenzij de maatschappij anders bepaalt. Farmaceutische zorg omvat ook advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

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. De SZVK kan in afwijking van het voorgaande besluiten om slechts vergoeding te verlenen voor het daartoe door de maatschappij in het Reglement farmaceutische zorg SZVK aangewezen geregistreerde geneesmiddel, tenzij het aangewezen geneesmiddel voor de deelnemer volgens de behandelend arts niet medisch verantwoord is.

De Regeling zorgverzekering en het Reglement farmaceutische zorg SZVK maken deel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en zijn op aanvraag verkrijgbaar. Geneesmiddelen, die zijn opgenomen in bijlage 5 van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg van de Nederlandse zorgautoriteit worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch-specialistische zorg.

4.8.2.

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 apotheke of apotheekhoudend huisarts of een door de maatschappij aangewezen zorgaanbieder.

De maatschappij kan voor enkele groepen drinkvoeding waarop de deelnemer recht heeft op basis van dit artikel, voorkeursproducten selecteren.

Er is een voorkeur voor lager geprijsde drinkvoeding (van een bepaalde fabrikant en/of merk). De door de maatschappij geselecteerde drinkvoeding is terug te vinden in het Reglement farmaceutische zorg SZVK. De maatschappij kan de lijst met geselecteerde drinkvoedingen (voorkeursproducten) op ieder moment wijzigen. De deelnemer ontvangt hierover informatie.

Voorschrijf- en toestemmingsvereisten

Voor dieetpreparaten is voorafgaande schriftelijke toestemming van de maatschappij vereist. Voor het aanvragen van toestemming, kan de behandelend arts of diëtist een Verklaring dieetpreparaten van de website downloaden en invullen.

Bijzonderheden

Dieetpreparaten betrokken bij een andere (zorg)aanbieder dan de MGD, Linde Homecare, Mediq Tefa, apotheke of apotheekhoudend huisarts zijn uitgesloten van vergoeding. Voor sondevoeding kan de deelnemer alleen terecht bij Linde Homecare of Mediq Tefa. Dieetproducten zijn ook uitgesloten van vergoeding.

- 4.8.3. Volledige vergoeding voor deelnemers van 21 jaar en ouder van anticonceptiemiddelen, die op grond van de Regeling zorgverzekering verstrekt mogen worden zoals de anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, een spiraaltje, een ring of een pessarium. De anticonceptiemiddelen worden geleverd door de apotheke of apotheekhoudend huisarts. De vergoeding is tot ten hoogste het bedrag zoals vastgelegd in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Het Reglement farmaceutische zorg SZVK is van toepassing op deze zorg. De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht de leeftijd van de deelnemer, ook vergoed. Het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel is op voorschrift van de arts of medisch-specialist.

4.9. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

- 4.9.1. 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 maatschappij 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 en is op aanvraag verkrijgbaar bij de maatschappij. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de maatschappij. De genoemde gebruiksstermijn van het betreffende 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.

Daar waar de maatschappij 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 maatschappij 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 dit hulpmiddel is niet in het Reglement hulpmiddelen SZVK opgenomen. Dan kan de deelnemer een aanvraag bij de maatschappij indienen.

- 4.9.2. Aanspraak op vergoeding van vervanging van batterijen voor het hoor toestel kan worden gemaakt op grond van artikel 7.3.2..
- 4.9.3. Voor hoortoestellen geldt, in afwijking van de in artikel 4.9.1. genoemde regeling, een maximum vergoeding van € 950 per hoortoestel. Indien het hoortoestel is opgenomen in een brilmontuur wordt deze maximum vergoeding verhoogd met € 66.
- 4.9.4. 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.
- a. Een tegemoetkoming in de kosten van aanschaf of vervanging van contactlenzen, brillenglazen en brilmonturen van in totaal maximaal € 250 per tijdvak van twee kalenderjaren. Bij de gespecificeerde declaratie moet een brilvervoorschrift van een opticien, optometrist, huisarts of medisch-specialist worden overlegd. Het tijdvak van twee kalenderjaren vangt aan per 1 januari van het kalenderjaar waarin voor het eerst kosten zijn gemaakt. Indien

binnen een kalenderjaar geen kosten worden gedeclareerd, vangt een nieuw tijdvak aan per 1 januari van het jaar waarin opnieuw kosten worden gemaakt. Voor de aanschaf of vervanging van optische hulpmiddelen, waarvoor volgens het gestelde in dit artikel een tegemoetkoming wordt verleend, is geen voorafgaande machtiging van de maatschappij nodig;

- b. Indien prismatische of lenticulaire glazen zijn voorgeschreven, worden de extra kosten van het aanbrengen van deze voorzieningen vergoed;
- c. Bij tussentijdse wijziging van de sterkte gedurende het onder a. genoemde tijdvak bestaat geen aanspraak op een extra tegemoetkoming voor vervanging van brillenglazen en contactlenzen, indien daarmee de onder a. genoemde maximum vergoeding wordt overschreden;
- d. Vergoeding van de naar het oordeel van de maatschappij noodzakelijke kosten van brillenglazen en contactlenzen bij vervanging binnen 12 maanden na een eerdere aanschaf, mits er sprake is van een van de medische indicaties als aangegeven in de Regeling zorgverzekering. Voorafgaand aan die vervanging is machtiging van de maatschappij vereist. Bij de aanvraag dient een gemotiveerde verklaring van de behandelend oogarts te worden overgelegd. De in dit artikel bedoelde medische indicaties zijn:
- Ernstige hoornvliesonregelmatigheden;
 - Sterke graden van brekingsafwijkingen als regel van meer dan 10 dioptrieën;
 - Bijzondere medische indicaties ter beoordeling van de maatschappij.
- e. Contactlenzenvloeistof wordt slechts vergoed als er sprake is van een onder d. genoemde medische indicatie voor contactlenzen. De vergoeding bedraagt maximaal € 50 per kalenderjaar;
- f. Vergoeding van de kosten van bandagelenzen (zonder visuscorrigerende werking) en bijzondere optische hulpmiddelen voor rechtstreekse waarneming als bedoeld in het Reglement hulpmiddelen SZVK. Voorafgaand aan de aanschaf of vervanging van deze hulpmiddelen is machtiging van de maatschappij vereist. Bij de aanvraag dient een gemotiveerde verklaring van de behandelend oogarts te worden overgelegd.
- g. 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.

4.10. 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. Vergoed wordt het door de maatschappij met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien de maatschappij 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 5.3.). 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.

4.11. 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 of voordrachtskunst en evenmin behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en anderstaligheid.

4.12. 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.

4.13. Bevalling en kraamzorg

- 4.13.1. *Bevalling thuis of in een ziekenhuis of een door de maatschappij gecontracteerd geboortecentrum zonder medische noodzaak*
- a. Volledige vergoeding van het honorarium voor verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- b. Volledige vergoeding van de verblijfskosten in het ziekenhuis of het gecontracteerd geboortecentrum;
- c. Vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraam-

zorg, 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. Voor informatie over deze kraamzorg en de voorwaarden kunt u contact opnemen met Univé Kraamzorg telefoonnummer: 0800 – 899 80 99 (gratis);

d. Vergoeding van preconceceptiezorg.

In plaats van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, 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. Na afloop van de kraamperiode dient een kopie van het diploma van de door de deelnemer gecontracteerde verpleegkundige/kraamverzorgende te worden overgelegd om voor vergoeding in aanmerking te komen. 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.

Verloskundige zorg omvat tevens counseling en het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) ofwel tweede trimester echo. De niet-invasieve prenatale test (NIPT) en invasieve diagnostiek voor zwangere deelnemers worden vergoed op medische indicatie. Het structureel echoscopisch onderzoek dient te worden uitgevoerd door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek of door een zorgaanbieder, die een samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten met het Regionaal Centrum voor Prenatale Screening. Voor de NIPT kan de deelnemer terecht in een universitair centrum en voor invasieve diagnostiek in een centrum voor prenatale diagnostiek.

4.13.2. *Bevalling in een ziekenhuis of een door de maatschappij gecontracteerd geboortecentrum met medische noodzaak*

- Volledige vergoeding van het honorarium voor verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- Volledige vergoeding van de verblijfskosten voor moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse van het ziekenhuis of het gecontracteerde geboortecentrum;
- Vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, 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. Voor elke wegens opname in het ziekenhuis verbleven dag (met uitzondering van de dag van ontslag uit het ziekenhuis) wordt het maximum van 80 uur kraamzorg verminderd met acht uur. Deze kraamzorg moet ten minste vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aangevraagd worden. Voor informatie over deze kraamzorg en de voorwaarden kunt u contact opnemen met Univé Kraamzorg, telefoonnummer: 0800-899 80 99 (gratis).

In plaats van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, kan worden gekozen voor een vergoeding van maximaal € 1.475 per bevalling. Voorwaarde hierbij is dat de deelnemer zelf heeft voorzien in professionele kraamzorg door een verpleegkundige dan wel kraamverzorgende. Na afloop van de kraamperiode dient een kopie van het diploma van de door de deelnemer gecontracteerde verpleegkundige/kraamverzorgende te worden overgelegd om voor vergoeding in aanmerking te komen. 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.

Verloskundige zorg omvat tevens counseling en het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) ofwel tweede trimester echo. De niet-invasieve prenatale test (NIPT) en invasieve diagnostiek voor zwangere deelnemers worden vergoed op medische indicatie. Het structureel echoscopisch onderzoek dient te worden uitgevoerd door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek of door een zorgaanbieder, die een samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten met het Regionaal Centrum voor Prenatale Screening. Voor de NIPT kan de deelnemer terecht in een universitair centrum en voor invasieve diagnostiek in een centrum voor prenatale diagnostiek.

4.13.3. *Kraampakket*

Aanstaande moeders kunnen aanspraak maken op een door Univé Kraamzorg (telefoonnummer: 0800-8998099, gratis) verzorgd kraampakket. Aanspraak bestaat vanaf de vierde maand van de zwangerschap. Het pakket dient afgeleverd te kunnen worden 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.

4.13.4. *Uitgestelde kraamzorg*

Vergoeding van maximaal 12 uur kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, direct aansluitend op een bevalling en verblijf op medische indicatie in het ziekenhuis van minimaal acht dagen. Vergoeding is alleen mogelijk na verwijzing van de behandelend arts. Deelnemers die een kind jonger dan één jaar adopteren, kunnen eveneens aanspraak maken op maximaal 12 uur uitgestelde kraamzorg. Het daadwerkelijk aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door Univé Kraamzorg. Voor informatie over deze kraamzorg en de voorwaarden kunt u contact opnemen met Univé Kraamzorg, telefoonnummer: 0800-899 80 99 (gratis).

4.13.5. *Prenataal onderzoek*

De kosten van prenataal onderzoek zonder medische indicatie voor deelnemers wordt vergoed. Onder prenataal onderzoek wordt een combinatietest verstaan: nekplooiemeting en serumtest. De combinatietest dient te worden uitgevoerd door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek of door een zorgaanbieder, die een samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten met het Regionaal Centrum voor Prenatale Screening.

4.13.6. *Lactatiekundig consult*

Lactatiekundig consult door een lactatiekundige voor de moeder bij problemen met borstvoeding. De verwijzing vindt plaats door een verloskundige, kraamcentrum, consultatiebureauarts of jeugdgezondheidszorg-verpleegkundige. De verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige. Dit protocol is op aanvraag verkrijgbaar. De vergoeding bedraagt maximaal € 100 per bevalling.

4.13.7. *Cursussen*

Cursussen tijdens de zwangerschap ter voorbereiding op de bevalling georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, een kraamcentrum, een verloskundige(praktijk) of verzorgd door een yogadocent die lid is van de Vereniging Yogaleerkrachten Nederland (VYN). De vergoeding bedraagt maximaal € 75 per bevalling.

4.14. **Tandheelkundige verstrekkings- en vergoedingen**

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

- Tandprothetische en mondhygiënist;
- Tandheelkundige behandelingen;
- Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.

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 verwijzing noodzakelijk van de militaire tandarts. Noodhulp in de avond en het weekend wordt vergoed.

4.14.1. *Tandprothetische en mondhygiënist*

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

4.14.2. *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. 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.

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%**
- B Verdoving door middel van een roesje: 100%**
- E Wortelkanaalbehandelingen (endodontologie): 100%**
- V Vullingen (inclusief techniekkosten): 100%**
- R**
 - 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)
Vergoeding (inclusief bijbehorende techniekkosten): 100%
- **Alle overige behandelingen voor inlays, kronen, bruggen (inclusief bijbehorende techniekkosten): 70%**
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 tandheelkundig adviseur.

G Kaakgewrichtsbehandelingen (gnathologie) (inclusief techniekkosten): 100%

Voor gnathologische behandeling door een erkend centrum voor bijzondere tandheelkunde wordt een tegemoetkoming toegekend overeenkomstig het bepaalde in artikel 4.1.1.. Eveneens wordt deze vergoeding verleend indien de zorg wordt verleend onder de verantwoordelijkheid van een Nederlandse universiteit.

H Chirurgische ingrepen (inclusief anesthesie) (inclusief techniekkosten): 100%

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

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

Indien parodontologische verrichtingen worden uitgevoerd door een kaakchirurg is eveneens het bepaalde in artikel 4.1.1. van overeenkomstige toepassing.

F Beugels (gebitsregulatie/ orthodontie) (inclusief techniekkosten)

1. 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 welke omstandigheid dan ook, 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 maatschappij kan in overleg met de deelnemer een termijn van terugbetaling vaststellen.
 - a. Indien 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%.
2. Voor gebitsregulatie beperkt tot orthodontische afwijkingen, gediagnostiseerd als IOTN (Index of Orthodontic Treatment Need/ Dental Health Component) gradatie vier of vijf wordt, na voorafgaande machtiging, een vergoeding verleend van 100%. Het consult benodigd om vast te kunnen stellen of er sprake is van een IOTN-gradatie vier of vijf komt eveneens voor vergoeding in aanmerking.
3. Voor reparatie of vervanging van een beugel (F811A), herstel of vervanging van retentie-apparaat (F812A) en het plaatsen van een extra retentiebeugel per kaak (F813A): 100%. Om voor vergoeding van deze codes in aanmerking te komen, is geen voorafgaande machtiging van de maatschappij benodigd.

J Implantaten (implantologie) (inclusief techniekkosten)

Implantaten in de tandeloze kaak: 100%
Voor het toekennen van een tegemoetkoming voor implantaten, die alleen eenmalig, 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 machtiging vereist.

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 plaatsvindt in een Centrum voor bijzondere tandheelkunde bedraagt het vergoedingspercentage voor het honorariumdeel van deze niet-klinische behandeling eveneens 100%.

Indien de behandeling wordt uitgevoerd 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 materiaal-kosten (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.

Implantaten in de niet-tandeloze kaak (inclusief techniekkosten): 70%
Voor implantaten in een niet-tandeloze kaak wordt een vergoeding verleend van 70%, inclusief materiaal- en techniekkosten. Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg bedraagt het vergoedingspercentage eveneens 70% van het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende ziekenhuiskosten.

U Uurtarieven (100%)

Voor het toekennen van een tegemoetkoming is voorafgaande machtiging vereist. Voor een second opinion aangaande een tandheelkundig behandelvoorstel wordt maximaal éénmaal per jaar een tegemoetkoming verleend. Voor deze second opinion kan men zich wenden tot de informatiedesk van de Stichting Tandheelkundig Informatie Punt (TIP), telefoonnummer: 0900 - 202 50 12 (€ 0,25 per minuut).

4.14.3. 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 door de maatschappij erkend Centrum voor bijzondere tandheelkunde en;
- De maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft gegeven.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

4.15. Vervoer

- 4.15.1. 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 maatschappij 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.

4.15.2. 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.

- 4.15.3. 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 Univé Alarcentrale, telefoonnummer: +31 40 297 57 40. De kosten voor repatriëring tijdens varen, inzet, vliegen en oefenen in het buitenland worden vergoed door Defensie.

- 4.15.4. De volgende vergoedingen of tegemoetkomingen worden verleend in geval van:
- Medisch noodzakelijk vervoer per ambulance of taxi: 100%;
 - Medisch noodzakelijk vervoer per (huur)auto: € 0,31 per km;
 - 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;
 - 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;
 - 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 c. respectievelijk d., eveneens worden verleend voor kosten van vervoer van een begeleider, zulks ter beoordeling van de medisch adviseur;
 - Indien vervoer heeft plaatsgevonden om te voldoen aan de oproep van de maatschappij, 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;
 - 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 4.15.2. onder a. bedoelde motivering van de behandelend arts en een kopie van de afspraakkaart;
 - Indien er sprake is van niet-medisch noodzakelijk vervoer dient de declaratie altijd vergezeld te gaan van een kopie van de afspraakkaart.

4.16. Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten verleend door een centrum voor erfelijkheidsadvies, na verwijzing door huisarts of medisch-specialist, worden vergoed. Erfelijkheidsonderzoek dient plaats te vinden in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek of een ziekenhuis. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboonderzoek, 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.

4.17. Audiologische zorg

De kosten van zorg door een - daartoe door een bevoegde overheidsinstantie toegelaten - audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts 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.

4.18. Dieetadvisering

Na overlegging van het verwijzend voorschrift van de militair arts of militair specialist volledige vergoeding van de kosten van dieetadvisering door een diëtist. Indien de maatschappij geen tarief met de zorgaanbieder is overeengekomen, wordt een vergoeding verleend conform de Lijst maximale vergoedingen dieetadvisering SZVK. In artikel 3.4. staat een nadere toelichting op de vergoeding van de kosten.

Artikel 5. Bijzondere aanspraken Basispakket

5.1. Buitenlanddekking

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 dienstopdracht 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.

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

Indien de deelnemer geen gebruik kan maken van het aanbod van de militaire tandheelkundige verzorging door de MGD worden de kosten van inlays, kronen en brugwerk voor 70% en overige tandheelkundige zorg voor 100% vergoed. In artikel 3.4. staat een nadere toelichting op de vergoeding van de kosten. 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 maatschappij. De vervoerskosten van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland zijn eveneens volledig gedekt.

5.1.2. Vestiging 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 maximale vergoedingen kunnen worden aangepast, indien de buitenlandse tarieven afwijken van de in Nederland gangbare tarieven. Tandheelkundige zorg wordt voor 80% vergoed.

5.1.3. 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:

- Niet-klinische zorg: met inachtneming van de in deze regeling genoemde eigen bijdragen en maximale vergoedingen;
- Klinische zorg: indien en onder voorwaarde dat de alsdan noodzakelijk geworden ziekenhuisopname is gemeld aan de Univé Alarmcentrale, telefoonnummer: +31 40 297 57 40, en deze namens de maatschappij 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 maatschappij. 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.

5.1.4. 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 beroepsgeenoten, komen niet voor vergoeding of tegemoetkoming in de kosten in aanmerking.

5.1.5. De maatschappij 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.

Indien de deelnemer zich - op eigen initiatief - voor geneeskundige behandeling en verzorging wendt tot een zorgverlener 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.

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 4.15. 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 maatschappij contact opneemt.

5.2. Gezichtsbehandelingen

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

- € 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 maatschappij voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder. Deze is te vinden in het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders Vergelijk en Kies. Het overzicht is raadpleegbaar op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: (072) 527 76 77.
- 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, pigment-

verschuivingen (vitiligo), wijnvlekken (haemangiomen) of huidtekeningen bij lupus erythematosus discoides (LED). De behandeling dient te worden verricht door een door de maatschappij voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder. Deze is te vinden in het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders Vergelijk en Kies. Het overzicht is raadpleegbaar op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: (072) 527 76 77.

- 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 maatschappij voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder. Deze is te vinden in het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders Vergelijk en Kies. Het overzicht is raadpleegbaar op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: (072) 527 76 77.

5.3. Alternatieve geneeskunde

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

- Acupunctuur en andere oosterse geneeswijzen;
- Homeopathie;
- Antroposofische alternatieve geneeswijzen;
- Natuurgeneeswijzen;
- Alternatieve bewegingstherapieën;
- Psychosociale zorg.

Alternatieve zorg mag worden verleend door een door de maatschappij aangewezen zorgaanbieder. Deze is te vinden in de lijst van gecontracteerde zorgaanbieders Vergelijk en Kies. De lijst is raadpleegbaar op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen met de SZVK Helpdesk via telefoonnummer: (072) 527 76 77. 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 verwijzing door de MGD vereist.

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

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

5.4. Orthoptische behandelingen door een orthoptist

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

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

5.6. Sterilisatie

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

- Bij een poliklinische ingreep: een tegemoetkoming in de kosten volgens het bepaalde onder medisch-specialistische zorg;
- Bij een klinische ingreep, waarvoor voorafgaande machtiging is verkregen: een vergoeding van de kosten volgens artikel 4.7..

5.7. 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 conform de Regeling zorgverzekering zoals vermeld in artikel 4.7. en artikel 4.8.. Reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

5.8. In-vitrofertilisatie (IVF)

Na voorafgaande toestemming door de maatschappij vergoeding van in-vitrofertilisatie 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, behoort het terugplaatsen daarvan niet meer tot dezelfde poging.

5.9. Preventieve geneeskunde

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

- Onderzoek van hart- en bloedvaten door middel van elektrocardiogram (E.C.G.) maximaal één keer per twee jaar;
- Cholesteroltest;
- Baarmoederhals-(uitstrijkje) en borstkankeronderzoek, prostaatkankeronderzoek.

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, pneumococci-infectie, haemofilus influenza-B.

5.10. Oedeemtherapie

De vergoeding bedraagt € 40 per behandeling, waarbij maximaal 10 behandelingen in een kalenderjaar worden vergoed.

5.11. Podotherapie en pedicure voor diabetici en reumapatiënten

Volledige vergoeding van de kosten van behandeling en consulten van podotherapie. De podotherapie dient te worden verleend door een podotherapeut.

Volledige vergoeding van de kosten van behandelingen en consulten van voetbehandelingen voor de deelnemer met diabetes mellitus of reumatoïde artritis. De pedicurebehandeling dient te worden verleend door een pedicure met aantekening 'diabetesvoet' en/of 'reumatische voet', die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP). Voor pedicurebehandeling voor diabetici en reumapatiënten is een verwijzing van de behandelend medisch-specialist of arts vereist.

5.12. 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.

5.13. Plastische chirurgie

Na voorafgaande machtiging van de maatschappij volledige vergoeding van de kosten van plastische chirurgie.

Geen aanspraak op vergoeding of tegemoetkoming in de kosten bestaat voor plastische chirurgie, die tot doel heeft tatoeëringen of andere kunstmatig aangebrachte veranderingen aan het menselijk lichaam te verwijderen. Ook geldt geen vergoeding voor vorm- en/of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte, dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

5.14. 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:

- 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;
- Als de mantelzorg van de deelnemer overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
- Als de deelnemer wil herstellen van (mentale) overbelasting of 'burnout'.

Vergoeding vindt alleen plaats voor zover de kosten niet voor rekening van de Wmo en/of Wlz komen. De in medisch opzicht bijzondere omstandigheden dienen door huisarts of medisch-specialist aanneemelijk te worden gemaakt. Vergoeding vindt plaats, wanneer het verblijf betreft in een herstellingsoord of zorghotel voorkomend op de door de maatschappij gehanteerde lijst van gecontracteerde zorgaanbieders Vergelijk en Kies. Deze lijst is raadpleegbaar op www.szvkn.nl. Voor vragen kunt u contact opnemen met de Helpdesk van SZVK via telefoonnummer: (072) 527 76 77.

- 5.15. 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 maatschappij 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.
- 5.16. 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 maatschappij. Indien de maatschappij geen tarief met de zorgaanbieder is overeengekomen, wordt een vergoeding verleend conform de Lijst maximale vergoedingen ergotherapie SZVK. In artikel 3.4. staat een nadere toelichting op de vergoeding van de kosten.
- 5.17. Hospicezorg**
Vergoeding van de eigen bijdragen tot maximaal € 25 per etmaal in een door Univé erkend hospice of Bijna-Thuis-Huis. De deelnemer vindt op www.agora.nl/zorgkiezen een overzicht van de erkende hospices en Bijna-Thuis-Huizen in zijn of haar regio. De vergoeding geldt niet voor eigen bijdragen bij opvang in een verpleeghuis, verzorgingshuis of ziekenhuis.
- 5.18. Preventieve inentingen en malariapillen**
Vergoeding van de kosten van preventieve inentingen en malariapillen in verband met een te maken buitenlandse reis. De preventieve inentingen dienen te worden verleend door de Militair Geneeskundige Diensten (militaire gezondheidscentra). Malariapillen dienen te worden voorgeschreven door de militaire arts en te worden geleverd door de militaire apotheek.
- 5.19. Revalidatieprogramma Herstel & Balans®**
Nazorg in groepsverband voor patiënten met kanker. De nazorg is voor patiënten, die aansluitend op de behandeling door de medisch-specialist zowel hun fysieke als hun mentale conditie weer op peil willen brengen. De zorg mag worden verleend door instellingen, die gecertificeerd zijn door de Stichting Herstel & Balans®. De instellingen zijn te vinden op www.herstelenbalans.nl. De kosten worden volledig vergoed.

Artikel 6. Wlz-aanspraken

- 6.1.** Op grond van de Wlz heeft de deelnemer, mits hij Wlz-gerechtigde is, aanspraak op de verstrekkingen zoals op dat moment rechtsgeldig vastgesteld in het Besluit Zorgaanspraken Wlz.
- 6.2.** Aanspraak op de Wlz verstrekkingen bestaat uitsluitend indien en voor zover de maatschappij op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming heeft gegeven, bij welke toestemming nadere voorwaarden en bepalingen kunnen worden gesteld.
- 6.3.** Bij reglement Wlz zijn nadere regels gesteld met betrekking tot het geldig kunnen maken van deze aanspraken. Het reglement ligt bij de maatschappij ter inzage, wordt op verzoek toegestuurd of bezocht www.szvkn.nl.

Artikel 7. 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.

- 7.1. 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 actiefdienende 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.
- 7.2. Genees- en heilkundige zorg**
Na overlegging van het verwijzend voorschrift van de militair arts of militair specialist volledige vergoeding van de kosten van hartrevalidatie.

7.3. Overige verstrekkingen en vergoedingen

- 7.3.1. Verpleging en verzorging**
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 indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met de deelnemer een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.

Er is een verwijzing noodzakelijk van een medisch-specialist voor medisch-specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist.

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 maatschappij 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.szvkn.nl.

- 7.3.2. Batterijen hoortoestellen**
De kosten van vervanging van batterijen van hoortoestellen worden volledig vergoed.

- 7.3.3. Oogchirurgie**
Na voorafgaande machtiging door de maatschappij worden de kosten van oogchirurgie door middel van de Photo Refractieve Keratectomie (PRK) of laser assisted in situ keratomileusismethode (LASIK) volledig vergoed indien, op aangeven van de verantwoordelijk militair arts (VMA) en ondersteund door een positief advies van de oogarts van het CMH, uit de verklaring van de stafarts van het operationele commando (CLSK, CZSK, CLAS of KMAR) blijkt dat er sprake is van een functionele indicatie. 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 maatschappij voor deze zorg gecontracteerde zorgaanbieder. Deze is te vinden in het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders Vergelijk en Kies. Het overzicht is raadpleegbaar op www.szvkn.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: (072) 527 76 77.

- 7.3.4. Contactlenzen**
Contactlenzen worden volledig vergoed. De kosten van contactlensvloeistof worden eveneens vergoed tot maximaal € 50 per kalenderjaar. Om voor vergoeding in aanmerking te komen is een verklaring (voorzien van functionele indicatie) van de verantwoordelijk militair arts (VMA) of bedrijfsarts vereist. De verklaring moet worden ondersteund door een aanvraag van de oogarts van het Centraal Militair Hospitaal. Voor de aanschaf is een machtiging van de maatschappij noodzakelijk. Na de afgifte van de machtiging kunnen de lenzen worden opgehaald.

- 7.3.5. Steunzolen**
Volledige vergoeding van steunzolen en D3D steunzolen. De zolen dienen te worden vervaardigd door Orthopedie Techniek Aardenburg van het Militair Revalidatie Centrum. De vergoeding voor steunzolen is als volgt vastgesteld:
- 2 paar voor de gevechtslaarzen;
 - 1 paar voor de nette schoenen/burgerschoenen;
 - 1 paar voor de sportschoenen.
- Meer steunzolen zijn op basis van een onderbouwde medische indicatie mogelijk.

- 7.3.6. Maatschoenen**
Volledige vergoeding van de eigen bijdrage voor maatschoenen geleverd door Orthopedie Techniek Aardenburg van het Militair Revalidatie Centrum.

- 7.3.7. Eenvoudige loophulpmiddelen**
Bruikleen of vergoeding van kosten van aanschaf van krukken, loop-hulpen met drie of vier poten, looprekken en rollators. Er is sprake van bruikleen als de periode van gebruik korter is dan 26 weken. Indien de leenperiode langer is dan 26 weken en er worden kosten in rekening gebracht, dan is hiervoor voorafgaande toestemming nodig. De eenvoudige loophulpmiddelen dienen te worden verstrekt door een door de maatschappij voor deze zorg gecontracteerde zorgaanbieder. Deze is te vinden in het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders Vergelijk en Kies. Het overzicht is raadpleegbaar op www.szvkn.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: (072) 527 76 77.

- 7.3.8. Protheses en stompverzorgingsmiddelen**
Volledige vergoeding van de volgende drie knieprothesen: de algemene prothese, de badprothese en de sportprothese. Bij de verzorging van prothesen horen de stompverzorgingsmiddelen. Ook deze middelen worden volledig vergoed.

7.4. Tandheelkundige verstrekkingen en vergoedingen

7.4.1. Na voorafgaande machtiging wordt een eigen bijdrage met betrekking tot implantaten, bruggen, kronen en inlays, voor zover er sprake is van een functionele indicatie, tot 100% vergoed voor de deelnemer die deel uitmaakt van de personeelsgroep Onderzeedienst of daartoe in opleiding is, alsmede de militair, die wordt opgeleid tot of de functie vervult van: duiker, luchtvarende, parachutist-instructeur of muzikant, die in een van de militaire kapellen een blaasinstrument bespeelt. Het vorenstaande geldt, na voorafgaande machtiging, eveneens als het plaatsen van implantaten, bruggen, kronen en inlays het gevolg is van een dienstongeval.

7.4.2. De deelnemer, die naar het oordeel van de staftandarts of het Hoofd Tandheelkundige Zorg, 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.

7.4.3. 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.

7.4.4. Vergoeding voor een reserveprothese indien hiervoor redenen aanwezig zijn die samenhangen met de dienstuitvoering.

7.5. Voltooiing behandeling na beëindiging actieve dienst

De deelnemer, die op het moment dat hij de actieve dienst verlaat, buiten zijn schuld om, nog onder daadwerkelijke militair medisch-specialistische behandeling is, heeft gedurende maximaal de eerste drie maanden vanaf de dag van ontslag aanspraak op voltooiing van deze behandeling, onder de voorwaarden van het basispakket en de uitbreiding basispakket.

7.6. Functionele indicatie

De deelnemer kan op grond van een functionele indicatie voor vergoeding van de kosten van een behandeling in aanmerking komen. De VMA, in voorkomend geval 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 maatschappij.

Artikel 8. Declaratie van kosten

8.1. Geldend maken van aanspraken

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

8.1.2. Indien de zorgverlener waartoe de deelnemer zich wendt geen overeenkomst tot het verlenen van zorg heeft met de maatschappij, keert de maatschappij, conform de aanspraken krachtens de verzekeringsvoorwaarden uit en kunnen de kosten van behandelingen ingediend worden conform artikel 8.2..

8.1.3. 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 maatschappij met de deelnemer verrekend.

8.1.4. De verrekening zoals bedoeld in artikel 8.1.3. vindt in principe plaats via automatische incasso. Bij uitzondering kan de verrekening geschieden via een acceptgirokaart. De toestemming voor automatische incasso van de deelnemer is van toepassing voor de betaling van eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen. Ook verleent de deelnemer toestemming aan de bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig de opdrachten van de maatschappij. De machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de overeenkomst. De maatschappij informeert de deelnemer tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Is de deelnemer het niet eens met een afschrijving. Dan kan de deelnemer het bedrag laten terugboeken. De deelnemer kan hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met zijn bank.

8.2. Inzenden van nota's

8.2.1. 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 maatschappij is gehouden.

Zorgverleners kunnen de nota's rechtstreeks bij de maatschappij declareren. Indien de zorgverlener hiertoe niet bereid is, zendt de deelnemer de door hem ontvangen originele nota's, in de daarvoor bestemde declaratie-omveloppe, toe aan de maatschappij. 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 verzekerdersnummer 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.

8.2.2. Op het declaratieformulier SZVK kan de deelnemer aangeven dat de betaling rechtstreeks aan de zorgverlener moet plaatsvinden. Eventuele kosten die niet vallen onder de dekking van deze verzekering zullen met de deelnemer worden verrekend conform het bepaalde in artikel 8.1.3. en artikel 8.1.4..

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

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

8.2.5. 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.

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

8.2.7. 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.

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

8.3. Uitbetaling van vergoedingen of tegemoetkomingen

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

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

8.3.3. Indien de medisch adviseur of de tandheelkundig adviseur van oordeel is dat enigerlei verstrekking zonder medische c.q. tandheelkundige 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 tandheelkundig adviseur daartoe aanleiding geven, kan de maatschappij 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.

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

8.3.5. 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 maatschappij de historical rates van www.XE.com.

8.3.6. Indien de deelnemer het niet eens is met de door de maatschappij gehanteerde vergoeding of tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige behandeling, dient hij te handelen zoals beschreven in artikel 12 van deze verzekeringsvoorwaarden.

8.3.7. Vergoedingen of tegemoetkomingen met een gezamenlijke waarde onder de € 225 worden aan buiten de EU- / EER-landen 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 € 225 worden vanuit Nederland niet rechtstreeks aan een zorgverlener buiten de Europese Unie betaald.

8.4. 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:

8.4.1. Voor geneeskundige behandeling en verzorging in het buitenland of buiten het land van vestiging, anders dan in artikel 5.1.5., 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 maatschappij.

8.4.2. Voor verpleging en behandeling in verzorgingstehuizen, rustthuizen, vakantie- en gezondheidskolonies, kleuterhuizen en inrichtingen voor

dagverblijf met uitzondering van inrichtingen voor psychiatrische dagbehandeling en voor revalidatiedagbehandeling. Evenmin bestaat aanspraak op een vergoeding of tegemoetkoming voor hulp van een gezinsverzorgster.

8.4.3. 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.

8.4.4. Voor aanspraken of vergoedingen die voor de deelnemers kunnen worden bekostigd op grond van de Wlz, de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015, ongeacht of de deelnemer Wlz, Jeugdwet of Wmo-gerechtigd is.

8.4.5. a. Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
b. Het in artikel 8.4.5.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 8.4.5.b. geen toepassing.

8.4.6. Voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen sterilisatie.

8.4.7. Voor de behandeling van ziekten of ongevallen waarvan eerdere behandelingen door de deelnemer tegen het advies van de behandelend arts(en) in zijn afgebroken.

8.4.8. Voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald.

8.4.9. Voor kosten die verband houden met een te maken buitenlandse reis.

8.4.10. Indien de deelnemer naar het oordeel van de maatschappij heeft gehandeld in strijd met het reglement of heeft nagelaten de voorschriften van de behandelend arts(en) te volgen.

8.4.11. Voor verpleging op grond van sociale redenen.

8.4.12. Voor sportgeneeskunde en behandeling of advies door een sportmedisch adviescentrum.

8.4.13. Voor versterkende middelen, voedingsmiddelen, vermageringsmiddelen, tonica, medicinale wijnen, traanproducten, vitaminepreparaten, laxemiddelen, 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.

8.4.14. Voor de volgende onderdelen van farmaceutische zorg:
– 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.

8.4.15. Voor declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken.

8.4.16. Repatriëring tijdens varen, inzet, vliegen en oefenen in het buitenland.

8.5. Fraude

Onder fraude wordt verstaan het plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbers dan wel verduistering door personen en organisaties, die bij de totstandkoming en/of bij de uitvoering van deze verzekering zijn betrokken met als doel het onder valse voorwendsels verkrijgen van een dekking, uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat. Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat:

- Persoonsgegevens worden opgenomen in het incidentenregister van de maatschappij;
- In het geheel geen verzekeringsuitkering plaatsvindt;
- Aangifte wordt gedaan bij de politie, justitie of de Economische Controle Dienst (ECD);
- Er registratie plaatsvindt in het tussen verzekeraars gangbare signaleringssysteem (een en ander conform het Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen);
- Eventueel uitgekeerde schade wordt teruggevorderd en onderzoekskosten worden in rekening gebracht.

8.6. Hardheidsbepaling

De maatschappij 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.

Artikel 9. Overige bepalingen

9.1. Vrije keuze van zorgverleners 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 deze verwijzing vervoegen bij een civiele zorgverlener.

9.2. Opname in een hogere dan de verzekerde klasse

Bij opname in een hogere dan de verzekerde klasse worden de kosten vergoed op basis van het tarief van de verzekerde klasse.

9.3. 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 van 365 dagen na opening van de DBC voor gespecialiseerde GGZ of na 120 dagen voor medisch-specialistische zorg.

9.4. Telefonische en mondelinge informatie

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

9.5. Kennisgevingen

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

Artikel 10. Duur en einde van de verzekering

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

10.2. De deelnemer wordt automatisch afgemeld door of namens Defensie.

10.3. Ingevolge het AMAR vervalt het recht op deelname aan de SZVK-verzekering op het moment dat de deelnemer de actieve dienst verlaat. Hij kan dan direct aansluitend zonder beperkingen de Modelovereenkomst Zorgzaam en de aanvullende verzekeringen van Zorgzaam afsluiten via de stichting Zorgzaam bij N.V. Univé Zorg.

Artikel 11. Premiebetaling

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

Artikel 12. Rechtsbescherming

12.1. Indien de maatschappij 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.

12.2. Binnen drie weken na de dag waarop de in artikel 12.1. 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 maatschappij de datum van ontvangst aangegetekend.

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

12.4. Indien binnen de termijn bedoeld in artikel 12.2. geen bedenkingen zijn ingebracht wordt de maatschappij geacht, met ingang van de dag waarop genoemde termijn is verstreken, te hebben beslist overeenkomstig de mededeling als bedoeld in artikel 12.1..

12.5. Tegen de in artikel 12.3. en 12.4. genoemde besluiten kan de deelnemer bezwaar maken bij het bestuur van de SZVK, postbus 20701, 2500 ES Den Haag. De termijn waarbinnen het bezwaarschrift moet worden ingediend is zes weken. De termijn vangt aan met ingang van de dag na die waarop het besluit als bedoeld in artikel 12.3. is bekend gemaakt onderscheidenlijk de termijn als bedoeld in artikel 12.2. is verstreken.

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