

# Omvang Dekking PNO Ziektekosten Internationaal basisverzekering 2012

---

## INHOUDSOPGAVE

Artikel 1	<b>Restitutiebasis</b>
Artikel 2	<b>Eigen risico</b>
Artikel 3	<b>Huisartsenzorg</b>
Artikel 4	<b>Medisch-specialistische zorg</b>
Artikel 5	<b>Verpleegkundige zorg</b>
Artikel 6	<b>Geboortezorg</b>
Artikel 7	<b>Revalidatie</b>
Artikel 8	<b>Orgaantransplantaties</b>
Artikel 9	<b>Dialysezorg</b>
Artikel 10	<b>Mechanische beademing</b>
Artikel 11	<b>Oncologische aandoeningen</b>
Artikel 12	<b>Trombosedienst</b>
Artikel 13	<b>Erfelijkheidsonderzoek en -advisering</b>
Artikel 14	<b>Audiologische zorg</b>
Artikel 15	<b>Paramedische zorg</b>
Artikel 16	<b>Mondzorg</b>
Artikel 17	<b>Farmaceutische zorg</b>
Artikel 18	<b>Hulpmiddelenzorg</b>
Artikel 19	<b>Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer</b>
Artikel 20	<b>Eerstelijns psychologische zorg</b>
Artikel 21	<b>Hulpdienst en repatriëring</b>

## **Artikel 1 Restitutiebasis**

- lid 1 De PNO Ziektekosten Internationaal basisverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij bent u vrij in de keuze van zorgverlener. De zorgverlener moet wel voldoen aan de geldende (kwaliteits)wetgeving.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:
1. het tarief overeengekomen tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar;
  2. als er geen contract is, het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op het moment van behandeling, of
  3. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij in vrijwel alle landen de gemiddelde wisselkoers in de maand voor de afwikkeling. Alleen bij nota's uit EU- en EER-landen die geen euro voeren, hanteert de zorgverzekeraar de door het College voor zorgverzekeringen berekende koers. Dat is de gemiddelde koers in de eerste maand van het kwartaal voor de afwikkeling.

## **Artikel 2 Eigen risico**

- lid 1 Voor de PNO Ziektekosten Internationaal basisverzekering kunt u kiezen voor een eigen risico. De zorgverzekeraar brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de PNO Ziektekosten Internationaal basisverzekering. Het gekozen eigen risico is vermeld op het polisblad. De andere eigen risico bedragen, die u kunt kiezen, staan opgenomen in de premietabel die onderdeel uitmaakt van voorwaarden van de PNO Ziektekosten Internationaal basisverzekering.
- lid 2 Kosten die niet onder de dekking van de PNO Ziektekosten Internationaal basisverzekering vallen, tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- lid 3 Als de PNO Ziektekosten Internationaal verzekering in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekent de zorgverzekeraar het eigen risico door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarop de verzekering liep, gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar. Wordt u 18 jaar, dan berekent de zorgverzekeraar het eigen risico door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarover volwassenenpremie wordt betaald, gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- lid 4 Voor zorg in Nederland verleend, geldt dat voor de verrekening van het eigen risico een DBC of DBC-zorgproduct wordt toegerekend aan het jaar waarin de DBC of het DBC-zorgproduct wordt geopend.

## **Artikel 3 Huisartsenzorg**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg zoals huisartsen die in het woonland plegen te bieden. Een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder, werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts, verleent de zorg. Huisartsenzorg omvat ook daarmee samenhangend (laboratorium)onderzoek.

## **Artikel 4 Medisch-specialistische zorg**

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Een medisch-specialist verleent de zorg. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts, behalve bij onvoorziene behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan een verloskundige ook verwijzen. De aanspraak voor mondzorg door de kaakchirurg is omschreven in artikel 16.

lid 2

*a. Ziekenhuisopname*

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor opname in een ziekenhuis op basis van de laagste klasse voor maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.

Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

*b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg*

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling en de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

*c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard*

De kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard vallen alleen onder de aanspraak als de behandeling is bestemd voor correctie van:

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

*d. In-vitrofertilisatie (IVF)*

Vergoeding van de kosten omvat ten hoogste de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap. Een IVF-poging houdt in:

1. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
2. de follikelpunctie;
3. de laboratoriumfase;
4. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te doen ontstaan.

Bijzonderheden:

1. Een ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie) - behandeling met een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie -wordt gelijk gesteld aan een IVF-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.
2. Voor de aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen, verband houdend met de eerste, tweede en derde poging IVF, wordt verwezen naar artikel 17, Farmaceutische zorg.
3. Van een poging is sprake bij een geslaagde follikelpunctie. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken tellen mee voor het aantal pogingen. De terugplaatsing van de/alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn.
4. Van een doorgaande zwangerschap is sprake bij een levende embryo van ten minste twaalf weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een fysiologische zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij IVF betekent dat tien weken na het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij cryo-embryo's geldt niet de punctie, maar het tijdstip van implantatie als beginpunt van de telling. De telperiode wordt daarmee vier dagen korter, dus in totaal negen weken en drie dagen.
5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap - spontaan of na een IVF - geldt als nieuwe eerste poging.

- lid 3 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:
1. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
  2. liposuctie (wegzuigen van onderhuids vet) van de buik;
  3. abdominoplastiek (buikwandcorrectie), tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
  4. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een - gehele of gedeeltelijke - borstamputatie;
  5. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
  6. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek (reconstructie van de huig);
  7. behandelingen gericht op sterilisatie (zowel man als vrouw);
  8. behandelingen gericht op het ongedaan maken van sterilisatie (zowel man als vrouw);
  9. behandelingen gericht op circumcisie (besnijdenis van de man).

#### **Artikel 5 Verpleegkundige zorg**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorgverzekeraar vergoedt deze kosten als de verpleegkundige zorg noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg, zonder dat sprake is van opname. Een verpleegkundige of verpleegkundig specialist verleent de zorg.

Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van kosten als de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft gegeven. Bij de aanvraag voor toestemming dient een behandelplan te worden ingediend.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van verpleegkundige zorg noodzakelijk in verband met thuisbeademing of palliatieve terminale zorg.

#### **Artikel 6 Geboortezorg**

Als vrouwelijke verzekerde heeft u aanspraak op vergoeding van de hierna genoemde kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.

- lid 1 Bij bevalling in een ziekenhuis vergoedt de zorgverzekeraar:
- de kosten van ziekenhuisopname volgens artikel 4 lid 2a;
  - de kosten van verloskundige en andere medisch-specialistische zorg, alsmede de bijkomende kosten.

Verlaat de moeder het ziekenhuis binnen acht dagen vanaf de dag van bevalling, dan betaalt de zorgverzekeraar voor elke dag dat zij minder dan acht dagen in het ziekenhuis verblijft € 200,- per dag (maximaal € 1.600,-). Voor de vergoeding gaat de zorgverzekeraar uit van het aantal door het ziekenhuis in rekening gebrachte opnamedagen.

- lid 2 Bij bevalling in een geboortecentrum, polikliniek of thuis, vergoedt de zorgverzekeraar:
- het honorarium voor verloskundige zorg door de medisch-specialist, huisarts of verloskundige;
  - de kosten van gebruik polikliniek;
  - de kraamzorgkosten in het geboortecentrum.

Verlaat de moeder het geboortecentrum binnen acht dagen vanaf de dag van bevalling, dan betaalt de zorgverzekeraar voor elke dag dat zij minder dan acht dagen in het geboortecentrum verblijft € 200,- per dag (maximaal € 1.600,-). Voor de vergoeding gaat de zorgverzekeraar uit van het aantal door het geboortecentrum in rekening gebrachte verblijfdagen.

Bij bevalling in een polikliniek of thuis ontvangt de moeder als tegemoetkoming in de kosten van kraamzorg € 200,- per dag gedurende maximaal acht dagen (maximaal € 1.600,-).

- lid 3 Als na een bevalling, als genoemd onder lid 2, binnen acht dagen alsnog een medische noodzaak voor ziekenhuisopneming ontstaat, bestaat vanaf dat moment recht op vergoeding zoals vermeld in lid 1.
- lid 4 Als de bevalling plaatsvindt in Nederland kan de zorgverzekeraar de kraamzorg voor u regelen. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).

## **Artikel 7 Revalidatie**

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor revalidatie als:
1. deze zorg voor u het meest doeltreffend is ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. De handicap is het gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of van een aandoening van het centrale zenuwstelsel en leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
  - en
  2. u met deze zorg een mate van zelfstandigheid kunt bereiken of behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.
- lid 2 Revalidatie kan plaatsvinden:
1. in deeltijd- of dagbehandeling;
  2. tijdens een opname in een ziekenhuis of revalidatiecentrum, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname.
- lid 3 Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van kosten als de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft gegeven. Bij de aanvraag voor toestemming dient een behandelplan te worden ingediend. In dit behandelplan is de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking vermeld, de bij de behandeling te betrekken disciplines en de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

## **Artikel 8 Orgaantransplantaties**

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor transplantatie van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nier/pancreas. De zorgverzekeraar vergoedt ook de kosten van de medisch-specialistische zorg voor de selectie van de donor en de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor. Verder vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal in verband met de voorgenomen transplantatie.
- lid 2 De donor heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekering tot maximaal 13 weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor voor selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal is opgenomen. Bij een levertransplantatie is deze periode maximaal een half jaar. Deze aanspraak betreft alleen kosten van verleende zorg die verband houdt met die opname.  
Ook heeft de donor aanspraak op vergoeding van de kosten van het vervoer binnen het woonland van de verzekerde in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel voor de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en voor de zorg, bedoeld in dit lid. Als dit medisch noodzakelijk is, kan dit vervoer ook per auto plaatsvinden.
- lid 3 Als een donor buiten uw woonland woont en er transplantatie plaatsvindt van een nier, beenmerg of lever in uw woonland, dan vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van het vervoer van de donor naar uw woonland en terug. Daarbij vergoedt de zorgverzekeraar aan deze donor ook de overige kosten gemoeid met de transplantatie, als die kosten verband houden met het wonen van de donor in een ander land dan uw woonland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in uw woonland en eventuele gedeerde inkomsten.
- lid 4 Aanspraak op de vergoeding van kosten volgens dit artikel bestaat alleen na toestemming vooraf door de zorgverzekeraar. De kosten van transplantaties van andere, niet genoemde, organen vallen niet onder de dekking.

## Artikel 9 Dialysezorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor niet-klinische hemodialyse en peritoneaaldialyse en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort. De zorg wordt verleend in een dialysecentrum of bij u thuis en kan gepaard gaan met onderzoek, behandeling, verpleging, farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van uzelf of van personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis.

De zorgverzekeraar vergoedt ook:

1. de kosten voor de opleiding door het dialysecentrum van hen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
2. het in bruikleen geven van de dialyse-apparatuur met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervangingsinbegrepen), en de kosten van de chemicaliën, vloeistoffen en andere gebruiksartikelen nodig voor de dialyse;
3. de redelijke kosten voor aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, als andere - wettelijke - regelingen daarin niet voorzien;
4. de overige redelijke kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen als andere - wettelijke - regelingen daarin niet voorzien;
5. kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum.

Het Reglement Hulpmiddelen bevat nadere voorwaarden voor de vergoeding onder 2, 3 en 4. Het reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op [www.pnoziektekosten.nl](http://www.pnoziektekosten.nl).

## Artikel 10 Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor mechanische beademing in een beademingscentrum en de medisch-specialistische zorg die hierbij hoort.

De beademing kan ook plaatsvinden bij u thuis onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. Dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van:

1. het door het beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking stellen van de benodigde apparatuur;
2. de medisch-specialistische en farmaceutische zorg die bij de beademing hoort, verleend onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

## Artikel 11 Oncologische aandoeningen

### lid 1 *Oncologische aandoeningen bij kinderen*

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van gezonden lichaamsmateriaal.

### lid 2 *MammaPrint*

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van MammaPrint, op voorschrift van de behandelend medisch-specialist verbonden aan een ziekenhuis. MammaPrint is een diagnostische test voor borstkankerpatiënten, waarmee het risico op uitzaaiingen beter kan worden vastgesteld. Op basis van de uitkomst kan de behandelend medisch-specialist beter bepalen welke behandeling na de operatie het meest geschikt is

## Artikel 12 Trombosedienst

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door de trombosedienst op verwijzing van een arts of medisch-specialist. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

1. het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
2. het (onder verantwoordelijkheid van de trombosedienst laten) verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken voor bepaling van de stollingstijd van het bloed;
3. het beschikbaar stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u zelf de stollingstijd van uw bloed kan meten;
4. opleiding in het gebruik van deze apparatuur, en begeleiding bij uw metingen;

5. advisering over de toepassing van geneesmiddelen voor beïnvloeding van de bloedstolling.

Het Reglement Hulpmiddelen bevat nadere voorwaarden voor de vergoeding onder 3. Het reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op [www.pnoziektekosten.nl](http://www.pnoziektekosten.nl).

### **Artikel 13 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de psychosociale begeleiding die bij deze zorg hoort. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u, vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van onderzoeken bij andere personen dan uzelf. De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten die ten behoeve van uzelf worden gemaakt.

### **Artikel 14 Audiologische zorg**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg door een audiologisch centrum op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorzarts.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

1. onderzoek naar het gehoor;
2. advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur;
3. voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
4. psychosociale zorg noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
5. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar.

### **Artikel 15 Paramedische zorg**

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg zoals fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten die plegen te bieden. De zorgverzekeraar vergoedt geen extra kosten voor behandeling buiten de reguliere werktijden.

#### **lid 2 *Fysiotherapie en oefentherapie***

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, bekkentherapeut, geriatriefysiotherapeut of oedeemtherapeut. Er moet sprake zijn van een indicatie in verband met een aandoening, die in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering is genoemd. De daarbij genoemde behandelduur mag niet zijn overschreden. Als u 18 jaar of ouder bent, worden de kosten van de eerste negen behandelingen voor de betreffende aandoening niet vergoed.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen via [www.pnoziektekosten.nl](http://www.pnoziektekosten.nl).

lid 3 Voor fysiotherapie en oefentherapie aan kinderen tot 18 jaar bestaat ook aanspraak op vergoeding van de kosten van maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut of oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar per indicatie per kalenderjaar. Op verwijzing van huisarts of medisch specialist vergoedt de zorgverzekeraar voor deze verkerden de kosten van maximaal negen extra behandelingen door de genoemde zorgverleners per indicatie per kalenderjaar als na negen behandelingen nog geen toereikend resultaat is bereikt.

- lid 4 *Ergotherapie*  
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal tien behandeluren per kalenderjaar, op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. De ergotherapeut verleent de zorg in zijn behandelruimte of bij u thuis.
- lid 5 *Logopedie*  
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor behandeling door een logopedist, op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts, tandarts of orthopedagoog. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van logopedische behandeling als deze een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De kosten van behandeling van taalontwikkelingsstoornissen bij dialect of anderstaligheid worden niet vergoed.
- lid 6 *Dieetadvisering*  
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal vier behandeluren per kalenderjaar op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of tandarts.

## **Artikel 16 Mondzorg**

- lid 1 *Algemene tandheelkunde*
1. Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) voor verzekerden tot 18 jaar:
    - verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de hulp verlenen);
    - de bijdrage aan een jeugdtandverzorgingsdienst.De zorgverzekeraar vergoedt de gezamenlijk kosten tot een maximum van € 340,- per verzekerde per kalenderjaar.
  2. Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandeling als een lichamelijke aandoening of een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.  
U heeft alleen aanspraak op deze vergoeding als:
    - de behandeling plaatsvindt in een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum,
    - de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist, en
    - de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft gegeven. Bij de aanvraag voor toestemming dient een behandelplan te worden ingediend. Bij de toestemming kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen.
- lid 2 *Kaakchirurgie*  
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van kaakchirurgische behandeling door een kaakchirurg.
- lid 3  
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van opname in een ziekenhuis in verband met chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

lid 4 *Tandheelkundige implantaten*  
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van tandheelkundige implantaten en het inbrengen daarvan in de kaak, als:

- de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg;
- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese;
- de voorgestelde behandeling doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is;
- toestemming vooraf is gegeven door de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar vergoedt alleen het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende ziekenhuiskosten. Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van de suprastructuur op implantaten en van de (overkappings)prothese. De suprastructuur is het gedeelte op het implantaat dat boven het tandvlees zit.

lid 5 *Kaakorthopedie*  
Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op verwijzing van de huisarts of tandarts als sprake is van:

- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet;
- een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak die alleen door een chirurgische behandeling kan worden gecorrigeerd en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is;
- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lichamelijke ontwikkelingsstoornis, waarbij één van de symptomen is een teveel aan gebitselementen met vertraagde of verstoorde doorbraak.

## **Artikel 17 Farmaceutische zorg**

lid 1 Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van terhandstelling van:

1. de aangewezen geregistreerde geneesmiddelen uit Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering of de daaraan gelijkwaardig te achten geneesmiddelen. Nadere omschrijving van de aanspraak is uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg dat onderdeel uitmaakt van deze verzekering. Het Reglement Farmaceutische zorg kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op [www.pnoziektekosten.nl](http://www.pnoziektekosten.nl);
2. andere geneesmiddelen die op grond van de wet in uw woonland mogen worden afgeleverd als het rationele farmacotheapie betreft;
3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Onder rationele farmacotheapie wordt verstaan behandeling of diagnostiek met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid blijkt uit wetenschappelijke literatuur en dat het meest economisch is.

De kosten van een geneesmiddel opgenomen in Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering worden alleen vergoed als wordt voldaan aan de in deze bijlage genoemde indicatievoorwaarden.

Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kunnen gedurende het jaar wijzigen. Een actueel overzicht kunt u raadplegen op [www.wetten.nl](http://www.wetten.nl). Vragen hierover kunt u stellen bij het PNO Service Center.

lid 2 De onder lid 1 genoemde middelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend huisarts, bedrijfsarts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.

lid 3 Als bij de in lid 1 onder 2 genoemde geneesmiddelen sprake is van zogenaamde weesgeneesmiddelen, dan vergoedt de zorgverzekeraar de kosten alleen als u lijdt aan een ziekte die minder vaak voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners.

Als bij de lid 1 onder 2 genoemde geneesmiddelen gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel, worden de kosten niet vergoed.

- lid 4 Bij in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers voor chronisch gebruik vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen.
- lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van dieetpreparaten alleen als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie, een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen waarbij sprake is van een dreigende groeiachterstand.
- lid 6 In afwijking van het bepaalde in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering worden de kosten van anticonceptiva voor verzekerden van alle leeftijden vergoed.
- lid 7 De in de Regeling zorgverzekering genoemde geneesmiddelen zijn in Nederland zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep stelt de Nederlandse overheid een vergoedingslimiet vast. Als voor een geneesmiddel de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet geldt het verschil als eigen bijdrage. Een eigen bijdrage geldt ook voor een geneesmiddel dat wordt bereid uit een geneesmiddel met een eigen bijdrage.
- lid 8 In het Reglement Farmaceutische zorg stelt de zorgverzekeraar nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid voor de terhandstelling van geneesmiddelen. Dit betreft onder andere de toestemmingsvereiste en afleverhoeveelheden. Het Reglement Farmaceutische zorg kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op [www.pnoziektekosten.nl](http://www.pnoziektekosten.nl).
- lid 9 Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van:
- farmaceutische zorg in de door de Regeling zorgverzekering bepaalde gevallen;
  - niet in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemde, in Nederland geregistreerde geneesmiddelen;
  - een eigen bijdrage volgens lid 6;
  - andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen;
  - geneesmiddelen in geval van ziekerisico bij reizen;
  - geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel b Geneesmiddelenwet;
  - geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel, dat niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering is opgenomen;
  - geneesmiddelen bedoeld in artikel 40, lid 3, onderdeel f Geneesmiddelenwet. Het betreft geneesmiddelen waarvoor hetzij een aanvraag om een handelsvergunning bij het Europees Geneesmiddelenbureau is ingediend, hetzij waarmee nog klinische proeven gaande zijn.

## **Artikel 18 Hulpmiddelenzorg**

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten of verstrekking in bruikleen, van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. In dat reglement zijn de voorwaarden voor vergoeding, bruikleenverstrekking en de specifieke vereisten per hulpmiddel opgenomen. Het reglement kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op [www.pnoziektekosten.nl](http://www.pnoziektekosten.nl).
- In afwijking van het Reglement Hulpmiddelen vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor verzekerden van alle leeftijden.
- lid 2 Waar dit blijkt uit het Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist. Daarbij kan de zorgverzekeraar nadere voorwaarden stellen.
- lid 3 De kosten van normaal gebruik worden niet vergoed, behalve als het Reglement Hulpmiddelen anders bepaalt. Dit betreft onder meer kosten van energiegebruik en batterijen.
- lid 4 De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten van hulpmiddelen, of verstrekt ze in bruikleen, als de hulpmiddelen noodzakelijk zijn, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten of verstrekking in bruikleen als het hulpmiddel alleen dient voor gebruik op de werkplek of als onderwijsvoorziening.

- lid 5 De zorgverzekeraar vergoedt alleen de kosten van verbandmiddelen bij een ernstige aandoening waarbij langdurige medische behandeling met deze middelen nodig is.
- lid 6 Kosten van hulpmiddelen en verbandmiddelen geleverd bij een ziekenhuisopname of een medisch-specialistische behandeling die kunnen worden geacht te horen bij die opname of behandeling, vallen niet onder deze vergoeding.

#### **Artikel 19 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer**

lid 1 Onder ziekenvervoer wordt verstaan vervoer per:

1. ambulance-auto;
2. taxi;
3. eigen vervoer per auto;
4. helikopter.

De zorgverzekeraar vergoedt het vervoer per ambulance-auto of helikopter alleen in geval van spoedeisende zorg.

De vergoeding voor vervoer per auto bedraagt € 0,28 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route. Binnen Europa vindt vergoeding plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet.

- lid 2 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van ziekenvervoer over een afstand van ten hoogste 300 kilometer. Het betreft vervoer:
- naar een zorgverlener of instelling waar u zorg zal ontvangen waarvan de kosten gedekt zijn onder de PNO Ziektekosten Internationaal basisverzekering;
  - van deze zorgverlener of instelling naar uw eigen woning, of naar een andere woning als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.
- lid 3 Als ziekenvervoer per ambulance-auto, helikopter, taxi of eigen auto niet mogelijk is kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander middel van vervoer.
- lid 4 De zorgverzekeraar vergoedt ook het vervoer van een begeleider, als begeleiding noodzakelijk is of als het de begeleiding betreft van een kind jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunt u de zorgverzekeraar toestemming vooraf vragen voor het vervoer van twee begeleiders.
- lid 5 De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.
- lid 6 Als het ziekenvervoer binnen Nederland plaatsvindt kan de zorgverzekeraar taxivervoer voor u regelen. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel C (Zorgdiensten).

#### **Artikel 20 Eerstelijns psychologische zorg**

- lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van eerstelijns psychologische zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden. Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg.
- lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt maximaal acht zittingen eerstelijns psychologische zorg per kalenderjaar. Eigen bijdragen worden niet vergoed. U moet de eigen bijdrage rechtstreeks aan de zorgverlener betalen.
- lid 3 Voor de eerstelijns psychologische zorg is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

## **Artikel 21 Hulpdienst en repatriëring**

### lid 1 *PNO Zorgassistance*

In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval buiten uw woonland bent u verplicht direct contact op te (laten) nemen met PNO Zorgassistance. Hierbij dient u uw cliëntnummer of burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

PNO Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar (zie deel C).

### lid 2 *Repatriëring*

In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke repatriëring naar uw woonland of - als de behandeling niet in het woonland kan plaatsvinden - naar Nederland.

De organisatie van repatriëring geschiedt door PNO Zorgassistance. Bij repatriëring bent u verplicht om direct de hulp van de PNO Zorgassistance in te roepen. U moet daarbij uw cliëntnummer of burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

### lid 3 *Medische gegevens*

U geeft - voor zover nodig - toestemming aan de medisch adviseur van PNO Zorgassistance om bepaalde gegevens over te dragen aan de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname of de repatriëring.