

Overeenkomsten PNO Ziektekosten 2012

Basisverzekering & aanvullende verzekering



Inhoudsopgave

Overeenkomst Basisverzekering

PNO Ziektekosten 2012

I.	Algemeen gedeelte	3
II.	Prestatiewijze en dekking	15
III.	Zorgdiensten PNO Ziektekosten	33

Overeenkomst aanvullende verzekering

PNO Ziektekosten 2012

I.	Algemeen gedeelte	37
II.	Prestatiewijze en dekking	45

Risicodraagster voor de zorgverzekering is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregister Utrecht: 30135168, AFM-nr. 12000633) en voor de aanvullende verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregister Utrecht: 30209308, AFM- nr. 12001024), beide gevestigd te Houten. Postbus 459, 3990 GG Houten
Telefoon: 030 639 62 62 Fax: 030 635 20 72. Internet: www.pnoziektekosten.nl.

Overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektelasten 2012

I. Algemeen gedeelte

Inhoudsopgave

Overeenkomsten Basisverzekering

I. Algemeen gedeelte

Begripsomschrijvingen

Artikel 1 5

Grondslag van de Basisverzekering

Artikel 2 9

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3 10

Overige bepalingen

Artikel 4 Fraude 10

Artikel 5 Onrechtmatige inschrijving 10

Artikel 6 Betalingsverplichtingen 10

Artikel 7 Melding relevante gebeurtenissen 11

Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden 11

Artikel 9 Begin en einde van de Basisverzekering 11

Artikel 10 Geschillen 12

Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens 13

Artikel 12 Uitsluitingen 13

Artikel 13 Lidmaatschap Vereniging ONVZ 14

Artikel 14 Materieel controleren 14

Overeenkomst Basisverzekering

I. Algemeen gedeelte

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Arts

Een arts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

De volksverzekering die de hoge medische kosten dekt die niet onder de zorgverzekering vallen.

Apotheekhoudend huisarts

Een huisarts die volgens de Geneesmiddelenwet vergunning heeft om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheker

Een apotheker die volgens de Geneesmiddelenwet staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers.

Basisverzekering

Overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektekosten 2012.

Bekkentherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Bekkenfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Bedrijfsarts

Een arts ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingestelde Register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De bedrijfsarts treedt op namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Body Mass Index (BMI)

Een verhoudingscijfer voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. De BMI wordt berekend door het gewicht (in kilo's) te delen door de lengte (in meters) en de uitkomst nog een keer te delen door de lengte.

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair - of door de zorgverzekeraar erkend - centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een instelling met een vergunning op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

DBC

Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC omschrijft door een code het geheel van onderzoek en behandeling van zorgverleners voor een zorgvraag.

DBC-zorgproduct

De nieuwe naam voor een DBC voor medisch-specialistische zorg. Een DBC-zorgproduct omschrijft door een code het gemiddelde van alle voorkomende onderzoeken en behandelingen voor een zorgvraag over een bepaalde periode.

Dienstenstructuur

Een organisatie, die gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg verleent en een rechtsgeldig tarief in rekening brengt.

Diëtist

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

Eerstelijnsgezondheidszorg

De rechtstreeks toegankelijke gezondheidszorg, waarop iedereen zonder verwijzing een beroep kan doen. Het dient als eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben. Voorbeelden van eerstelijnszorgverleners zijn huisarts, fysiotherapeut of tandarts.

Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut is niet nodig.

Ergotherapeut

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

Ernstige dyslexie

Een specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

EU- en EER-land

Naast Nederland maken tevens de volgende lidstaten deel uit van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, 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.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG of een heilgymnast masseur als bedoeld in artikel 108 Wet BIG.

Geboortecentrum

Een faciliteit in de eerstelijnsgezondheidszorg waar bevallingen plaatsvinden onder leiding van een eerstelijnsverloskundige en waar de kraamtijd doorgebracht kan worden.

Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD)

Een regionale organisatie, aangesloten bij GGD Nederland, die in opdracht van een gemeente werkt aan een gezonde(re) samenleving en zich inzet voor de bewaking, bescherming en bevordering van de volksgezondheid.

Geregistreerd geneesmiddel

Geneesmiddel dat in één van de productgroepen geregistreerd is in het register van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen.

Geriatricfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Geriatricfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

GGZ-instelling

Een instelling die geneeskundige zorg levert in verband met een psychiatrische aandoening en daarvoor wettelijk is toegelaten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut als volwaardig lid ingeschreven bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten en gerechtigd deze titel te voeren.

Huisarts

Een arts ingeschreven als huisarts in het Register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit Register is ingesteld door de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC).

Jeugdgezondheidszorgarts

Een arts ingeschreven als arts Maatschappij en Gezondheid volgens de wet BIG en het profielregister jeugdgezondheidszorg van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit Register is ingesteld door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC).

Kaakchirurg

Een tandarts-specialist als kaakchirurg ingeschreven in het Specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheekunde.

Ketenzorg

Een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd. Het is een geïnstitutionaliseerd, regionaal of lokaal samenwerkingsverband, gericht op het faciliteren van samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor specifieke patiëntencategorieën.

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Kinderfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Kinder- en Jeugdpsycholoog

Een Kinder- en Jeugdpsycholoog als volwaardig lid ingeschreven in het betreffende register van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP).

Klinisch neuropsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog met de specialisatie klinisch neuropsycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog met de specialisatie klinisch psycholoog geregistreerd volgens de Wet BIG.

Kraamzorg

De zorg verleend door een kraamverzorgende die moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. De kraamverzorgende is verbonden aan het ziekenhuis, geboortecentrum, kraamhotel of een kraambureau of werkt als zelfstandige.

Leefstijladviseur

Een medewerker binnen de huisartsenpraktijk die mensen begeleidt en coacht met als doel de positieve bepalende factoren van gezond gedrag te beïnvloeden. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de huisarts, praktijkondersteuner, fysiotherapeut, diëtist en lokale aanbieders van sport- en beweegactiviteiten.

Lichamelijke functiestoornis

Lichamelijke functiestoornis van ernstige aard, waarvan het aannemelijk is dat die veroorzaakt wordt door de te corrigeren lichamelijke afwijking en correctie daarvan die klachten zal doen wegnemen. Lichamelijke klachten die niet rechtstreeks verband houden met afwijkingen in het uiterlijk maar die verband houden met psychisch lijden als gevolg van die afwijkingen vormen geen indicatie.

Logopedist

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

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het deelregister Manueeltherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Medisch adviseur

Een arts die de zorgverzekeraar in medische zaken adviseert.

Medisch-specialist

Een arts ingeschreven als medisch-specialist in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dit register is ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).

Mondhygiënist

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

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG en ingeschreven in het aantekeningenregister Oedeemfysiotherapeut van het Centraal Kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar

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

Opname

Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, als medisch gezien verpleging, onderzoek en behandeling alleen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden, terwijl behandeling door een medisch-specialist of kaakchirurg noodzakelijk is.

Orthodontist

Een tandarts-specialist ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist geregistreerd in het betreffende register van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Physician assistant

Een verpleegkundige of paramedicus geregistreerd volgens de Wet BIG met specialisatie physician assistant. De physician assistant werkt onder supervisie van een medisch-specialist en voert bepaalde routinematige taken van artsen zelfstandig uit, zoals het verrichten van endoscopieën, catheterisaties, het geven van injecties en het voorschrijven van receptgeneesmiddelen.

Psychiater/zenuwarts

Een arts als psychiater ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Voor psychiater kan ook zenuwarts gelezen worden. Het register is ingesteld door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC).

Psychotherapeut

Een psychotherapeut geregistreerd volgens de Wet BIG.

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verleent de zorg. Het team is verbonden aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

Specialistische GGZ

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

Tandarts

Een tandarts geregistreerd volgens de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus opgeleid volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus en gerechtigd deze titel te voeren.

Thuiszorgorganisatie

Een organisatorisch verband dat volgens wet- en regelgeving zorg aan patiënten thuis verleent met als doel hen zo te begeleiden dat opname in een ziekenhuis, verzorgingshuis, verpleeghuis enz. niet nodig is. Een thuiszorgorganisatie levert naast algemene thuiszorg (wijkverpleging, huishoudelijke en persoonlijke verzorging, gezinszorg, uitlenen van verpleegartikelen), veelal kraamzorg, dieetadvisering en eventuele nevenactiviteiten zoals algemeen maatschappelijk werk.

U

De verzekerde(n) ten behoeve van wie de verzekering is gesloten.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragslanden

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Daarbij wordt niet bedoeld een EU-, EER-staat of Zwitserland.

Verloskundige

Een verloskundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verminking

Een ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt en niet te camoufleren is door bijvoorbeeld kleding. Voorbeelden zijn brandwonden, misvormingen door verlamming van de aangezichtszenuw of amputatie van armen of benen.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist

Een verpleegkundige geregistreerd volgens de Wet BIG met de specialisatie verpleegkundig specialist acute, chronische, preventieve of intensieve zorg bij somatische aandoeningen.

Verzekerde

Een op het polisblad als verzekerde vermelde persoon.

Verzekeringnemer

De persoon die de verzekering met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Verzekeringplichtige

Degene die volgens artikel 2 Zorgverzekeringswet verplicht is een zorgverzekering te (laten) sluiten.

Voorschrift

Schriftelijke verwijzing met een gemotiveerde toelichting van een zorgverlener voor het verstrekken van zorg, een geneesmiddel, een hulp- of verbandmiddel, dat u gelet op uw gezondheidstoestand nodig heeft.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wet BOPZ

Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen. Deze wet regelt de opnameprocedure en de rechtspositie van mensen die onvrijwillig in een psychiatrische instelling worden opgenomen.

Zelfzorggeneesmiddel

Een geneesmiddel dat conform de Geneesmiddelenwet zonder recept verkrijgbaar is.

Ziekenhuis (waaronder begrepen Zelfstandig behandelcentrum)

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ), toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Zorgverzekeraar

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

Grondslag van de Basisverzekering

Artikel 2

lid 1

De Basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering, de Regeling zorgverzekering (met toelichtingen) en het ingevulde aanvraagformulier. De voorwaarden van de Basisverzekering zijn vastgelegd in de zorgpolis. Met voorbijgaan aan wat anders in de voorwaarden mocht zijn bepaald, wordt deze verzekering geacht te voldoen aan de door of op grond van de Zorgverzekeringswet gestelde eisen. U ontvangt een bewijs van de Basisverzekering (polis) en een verzekeringspas.

lid 2

De Basisverzekering kan worden gesloten met of voor verzekeringplichtigen die wonen in Nederland of in het buitenland.

lid 3

De aanspraak op vergoeding van kosten op de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, wordt dit bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Er bestaat alleen recht op vergoeding als u redelijkerwijs bent aangewezen op de betreffende zorg. Dit wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.

lid 4

U heeft - met inachtneming van deze polisvoorwaarden - recht op vergoeding van zorgkosten gemaakt tijdens de looptijd van de Basisverzekering. Hierbij gaat het om de behandel- of leveringsdatum, dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC of DBC-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de DBC of het DBC-zorgproduct binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt. Als de zorg of dienst in twee opeenvolgende kalenderjaren is genoten en in één ongespecificeerd bedrag in rekening wordt gebracht, zoals bij een DBC of DBC-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de zorg of dienst binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt.

lid 5

U kunt kosten van zorg declareren bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten die gedekt zijn op de Basisverzekering, behalve de eigen bijdragen en eigen risico's. Bij een overeenkomst tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar declareert de zorgverlener rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. Daarmee heeft de zorgverzekeraar ook aan haar betalingsverplichtingen tegenover u voldaan. Als de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener betaalt, schiet de zorgverzekeraar eigen risico, eigen bijdragen en eventueel niet verzekerde kosten voor u voor.

De zorgverzekeraar kan bedragen die zijn voorgesloten verrekenen met volgende uitkeringen op uw Basisverzekering. Als verrekening niet mogelijk is, stuurt de zorgverzekeraar u een nota.

lid 6

Als de zorgverzekeraar meer vergoedt dan gedekt is op de Basisverzekering, wordt u geacht aan de zorgverzekeraar een volmacht te hebben verleend tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het aan de zorgverlener teveel betaalde.

Verplichtingen van de verzekerde

Artikel 3

lid 1

U bent verplicht:

1. zich bij een zorgvraag in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren;
2. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, als deze daarom vraagt, met inachtneming van de privacyregelgeving;
3. aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of degene belast met de controle, medewerking te (laten) verlenen tot het verkrijgen van de gewenste informatie, met inachtneming van de privacyregelgeving;
4. de zorgverzekeraar kosteloos behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde en bij regeling van de eigen (letsel)schade rechten van de zorgverzekeraar niet te benadelen.

lid 2

U moet de originele nota's indienen in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal binnen 36 maanden bij de zorgverzekeraar. Hierbij gaat het om de behandel- of leveringsdatum, dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Het is echter wenselijk de nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen in verband met eventueel te verrekenen eigen risico of eigen bijdragen.

De nota moet zo zijn opgesteld dat de zorgverzekeraar deze zonder verdere navraag kan afwikkelen. Als de nota in een andere dan een bovengenoemde taal is opgesteld kan de zorgverzekeraar vragen om vertaling - eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau - op uw kosten.

lid 3

Als de zorgverzekeraar een declaratie in behandeling neemt op basis van een niet originele nota - bijvoorbeeld een scan, foto of fax - dan moet u de originele nota een jaar lang bewaren. Deze termijn gaat lopen vanaf het moment van het indienen van de declaratie. De zorgverzekeraar kan het origineel bij u opvragen tot bedoelde termijn is verlopen.

lid 4

Het niet nakomen van (één van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de betreffende kosten.

Overige bepalingen

Artikel 4

Fraude

lid 1

De zorgverzekeraar kan onderzoek doen bij een vermoeden van fraude.

lid 2

Kosten die zijn ontstaan door het geven van een verkeerde voorstelling van zaken of het indienen van misleidende stukken, vordert de zorgverzekeraar terug. Dit geldt ook voor onderzoekskosten.

lid 3

De zorgverzekeraar heeft het recht om per de datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven of misleidende stukken zijn ingediend, de Basisverzekering te beëindigen.

In voorkomende gevallen kan de zorgverzekeraar:

- a. aangifte doen bij de politie;
- b. persoonsgegevens van u of de verzekeringnemer registreren
 - in haar interne signaleringssysteem, en
 - bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars, en
 - in de tussen financiële instellingen erkende signaleringssystemen.

Artikel 5

Onrechtmatige inschrijving

lid 1

Als na het sluiten van de Basisverzekering blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de Basisverzekering vanaf de ingangsdatum of de dag waarop geen verzekeringsplicht meer bestond.

lid 2

Als de Basisverzekering vervalt, verrekent de zorgverzekeraar de premie vanaf de vervaldag met de vanaf diezelfde dag verstrekte vergoedingen. Het saldo betaalt de zorgverzekeraar aan de verzekeringnemer, of brengt dit bij hem in rekening.

Artikel 6

Betalingsverplichtingen

lid 1

De verzekeringnemer is premie voor de Basisverzekering verschuldigd.

lid 2

Voor uw Basisverzekering is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt.

lid 3

De premie voor de Basisverzekering is gelijk aan de premiegrondslag (bruto premie) verminderd met een eventuele premiekorting.

lid 4 De verzekeringnemer dient de premie op de overeengekomen wijze vooruit te betalen. Als de verzekeringnemer bij een betalingstermijn van een kwartaal, halfjaar of jaar de premie niet - tijdig - betaalt, kan de zorgverzekeraar de termijn wijzigen in een maand.

Bij wijziging van de Basisverzekering in de loop van een maand past de zorgverzekeraar de premie naar verhouding aan.

De verzekeringnemer mag de te betalen premie niet verrekenen met van de zorgverzekeraar te vorderen vergoedingen.

lid 5 Als de verzekeringnemer niet - tijdig - de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's of eigen bijdragen betaalt, kan de zorgverzekeraar hem na de (premie)vervaldag schriftelijk aanmanen tot betaling. Bij betalingsachterstand van twee maandpremies, biedt de zorgverzekeraar een betalingsregeling aan. Daarbij wijst de zorgverzekeraar erop dat bij het niet accepteren van deze regeling of het niet betalen binnen de gestelde termijn, de Basisverzekering wordt beëindigd.

Als de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle redelijke kosten daarvan - al dan niet via een rechtszaak - voor rekening van de verzekeringnemer.

lid 6 Als u komt te overlijden, betaalt de zorgverzekeraar de premie terug vanaf de dag die volgt op de dag van overlijden.

lid 7 De dekking en premieplicht van de Basisverzekering worden opgeschort tijdens detentie. Na de detentie is er weer dekking en moet weer premie worden betaald.

Artikel 7 Melding relevante gebeurtenissen

lid 1 Voor u of de verzekeringnemer geldt de verplichting de gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de Basisverzekering van betekenis kunnen zijn binnen 30 dagen aan de zorgverzekeraar te melden. Voorbeelden hiervan zijn verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, detentie of beëindiging daarvan, het vervallen van de verzekeringsplicht of het aantreden als militair in werkelijke dienst. Schriftelijke berichten aan u of de verzekeringnemer verzendt de zorgverzekeraar naar het adres volgens de Gemeentelijke Basisadministratie.

lid 2 Als u als verzekerde vanaf de leeftijd van 18 jaar een vrijwillig eigen risico wenst, moet de zorgverzekeraar daarvan voor de 18e verjaardag een melding ontvangen. Anders berekent de zorgverzekeraar de premie op basis van alleen het verplichte eigen risico.

Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden

lid 1 De zorgverzekeraar kan de voorwaarden en/of de premie van de Basisverzekering voor alle verzekeringnemers of groepsgewijs wijzigen. Deze wijziging gaat in op een door de zorgverzekeraar te bepalen datum. De zorgverzekeraar stelt u schriftelijk op de hoogte van een wijziging. Een wijziging in de grondslag van de premie van de Basisverzekering gaat niet eerder in dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

lid 2 Als de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de wijziging, kan hij de Basisverzekering beëindigen. Dit tenzij de wijziging rechtstreeks voortvloeit uit wijziging van een wettelijke bepaling. De zorgverzekeraar moet de melding van beëindiging schriftelijk ontvangen vóór de dag waarop de wijziging ingaat of uiterlijk één maand nadat de verzekeringnemer de mededeling van de wijziging heeft ontvangen. Als de zorgverzekeraar dan niets heeft vernomen, loopt de Basisverzekering door op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

lid 3 Een collectiviteitkorting op de Basisverzekering vervalt als niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden in de collectieve verzekeringsovereenkomst. De Basisverzekering loopt dan door op individuele voorwaarden.

Artikel 9 Begin en einde van de Basisverzekering

lid 1 De ingangsdatum van de Basisverzekering is de dag waarop de zorgverzekeraar de aanvraag tot het sluiten van de Basisverzekering heeft ontvangen. Op verzoek van de verzekeringnemer kan dit ook een latere dag zijn. De ingangsdatum is op het polisblad vermeld.

Vanaf 1 januari daarop volgend vindt ieder jaar verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging heeft ontvangen.

lid 2 Als de Basisverzekering ingaat binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht, is de ingangsdatum de dag waarop die plicht ontstond.

lid 3 Als de Basisverzekering ingaat binnen één maand nadat de vorige zorgverzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari of door wijziging van de voorwaarden of premie, is de ingangsdatum de dag waarop de vorige zorgverzekering is geëindigd.

- lid 4** De zorgverzekeraar heeft niet het recht de Basisverzekering te beëindigen, tenzij sprake is van fraude (artikel 4) of wanbetaling (artikel 6 lid 5).
- lid 5** De Basisverzekering eindigt op de dag die volgt op de dag waarop u komt te overlijden.
- lid 6** De Basisverzekering eindigt op de dag waarop uw verzekeringsplicht vervalt. Dit is het geval als u niet meer verzekerd bent volgens de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.
- lid 7** De Basisverzekering eindigt als de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen Basisverzekering meer aanbiedt of uitvoert.
De Basisverzekering eindigt als u door wijziging van het werkgebied van de zorgverzekeraar buiten dat werkgebied komt te wonen.
De zorgverzekeraar informeert u hierover uiterlijk twee maanden voordat een Basisverzekering eindigt met vermelding van de reden en de datum waarop de Basisverzekering eindigt.
- lid 8** De verzekeringnemer kan bij een nieuw dienstverband de Basisverzekering tussentijds opzeggen, als de opzegging verband houdt met de overstap van de collectieve verzekering van de vorige werkgever naar de collectieve verzekering van de nieuwe werkgever. De ingangsdatum van het nieuwe dienstverband dient direct aan te sluiten op de einddatum van het vorige dienstverband. Opzeggen van de Basisverzekering kan tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband ingaat. De opzegging en de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht en gaan in per de eerste van de kalendermaand volgend op die waarin ze zijn gedaan.
- lid 9** Wanneer de verzekeringnemer een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan hij uw Basisverzekering opzeggen als deze verzekerde ergens anders een zorgverzekering heeft gesloten. De opzegging gaat in:
- op de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, als de opzegging voor die ingangsdatum door de zorgverzekeraar is ontvangen, of
- op de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de opzegging als de opzegging op of na die ingangsdatum door de zorgverzekeraar is ontvangen.
- lid 10** Bij het aangaan van de Basisverzekering, heeft de verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen.
De verzekeringnemer kan de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de verzekering, of, als dat later is, binnen 14 dagen nadat hij de polisvoorwaarden heeft ontvangen. Opzegging betekent dat de verzekering nooit heeft bestaan. Hierdoor bestaat er geen aanspraak op dekking.
- lid 11** Als u door het College voor zorgverzekeringen bent verzekerd, kunt u de Basisverzekering gedurende 14 dagen laten vervallen. Deze termijn loopt vanaf de datum waarop het college u heeft meegedeeld dat hij voor u een zorgverzekering heeft gesloten. U moet aan het college en de zorgverzekeraar het volgende aantonen. Dat u al elders verzekerd was in de drie maanden na verzending van het besluit waarin het college u opdraagt een zorgverzekering te (laten) sluiten en dat deze verzekering nog steeds van kracht is.
- lid 12** Als u door het College voor zorgverzekeringen bent verzekerd en blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was, vervalt de Basisverzekering vanaf de ingangsdatum op grond van onjuiste voorstelling van zaken.
- lid 13** Als het College voor zorgverzekeringen de Basisverzekering namens u heeft gesloten, kan deze niet worden opgezegd in de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

Artikel 10 **Geschillen**

- lid 1** Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- lid 2** Als u het niet eens bent met een door de zorgverzekeraar genomen beslissing kunt u de zorgverzekeraar verzoeken om heroverweging. Dit geldt ook voor de verzekeringnemer. U richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van de zorgverzekeraar.
- lid 3** Als de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven of niet op het verzoek om heroverweging reageert, kunt u of de verzekeringnemer een geschil over de Basisverzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen, die van deze stichting deel uitmaakt, kan een bindend advies geven.

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
Postbus 291, 3700 AG Zeist
Telefoon: 030 698 83 60
E-mail: info@skgz.nl
Internet: www.skgz.nl

U of de verzekeringnemer kunt zich ook wenden tot de bevoegde rechter.

lid 4 Voor klachten over de wijze waarop de zorgverzekeraar u of de verzekeringnemer heeft behandeld, kunt u of de verzekeringnemer zich ook wenden tot de afdeling Cliëntenservice en, in tweede instantie, tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

lid 5 Klachten over formulieren van de zorgverzekeraar kunt u of de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht betreft formulieren die overbodig of te ingewikkeld zouden zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend.

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
Telefoon: 0900 770 70 70
E-mail: informatielijn@nza.nl
Internet: www.nza.nl

Artikel 11 Registratie van persoonsgegevens

De zorgverzekeraar neemt persoonsgegevens op in haar persoonsregistratie. De zorgverzekeraar gebruikt ze voor het sluiten en uitvoeren van de Basisverzekering, voor het bestrijden van fraude en voor statistische analyses. Ook gebruikt de zorgverzekeraar persoonsgegevens om u of de verzekeringnemer te informeren over verzekeringen en zorgdiensten van de zorgverzekeraar, voor toezending van het gezondheidsbulletin of om u te informeren en adviseren. De zorgverzekeraar verstrekt voor de uitvoering van de Basisverzekering persoonsgegevens aan derden. Daarbij neemt de zorgverzekeraar vanzelfsprekend de Wet bescherming persoonsgegevens in acht. De zorgverzekeraar schernt adresgegevens af als dat geboden is. De zorgverzekeraar moet het burgerservicenummer (BSN) in haar administratie opnemen. Zorgverleners en andere dienstverleners in het kader van de Zorgverzekeringswet moeten het BSN gebruiken in hun communicatie. De zorgverzekeraar gebruikt bij contacten met deze partijen ook het BSN.

Artikel 12 Uitsluitingen

lid 1 De Basisverzekering biedt geen dekking van kosten voor:

1. eigen bijdragen volgens de AWBZ en in verband met bevolkingsonderzoek;
2. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij de Regeling zorgverzekering anders bepaalt;
3. griepvaccinatie;
4. alternatieve geneeswijzen;
5. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
6. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan de zorg beschreven in deel II artikel 7 lid 1;
7. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas voor verloskundige zorg;
8. niet nagekomen afspraken;
9. incasso - al of niet via een rechtszaak - als u een nota niet - tijdig - betaalt aan een zorgverlener;
10. schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij, volgens artikel 3:38 Wet op het financieel toezicht.

lid 2 Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van de zorgverzekeraar beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan wat de zorgverzekeraar ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Als de zorgverzekeraar zich niet bij de NHT heeft herverzekerd, is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof zij wel tot herverzekering zou zijn overgegaan. De NHT-herverzekering biedt dekking tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars samen.

Onder terrorisme wordt verstaan: gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen.

lid 3 Na een terroristische handeling als bedoeld in artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 Besluit zorgverzekering kan een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking worden gesteld. In dat geval heeft u, in aanvulling op lid 2, recht op een aanvullende vergoeding. De omvang van die vergoeding wordt bepaald volgens artikel 33 Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 Besluit zorgverzekering.

Artikel 13

Lidmaatschap Vereniging ONVZ

De verzekeringnemer wordt met het sluiten van een Basisverzekering met de zorgverzekeraar lid van de Vereniging ONVZ. Als de Basisverzekering onderdeel is van een collectief contract, wordt de betrokken contractant lid. Een verzekeringnemer van meerdere Basisverzekeringen kan maar eenmaal lid worden. Bij beëindiging van de Basisverzekering eindigt ook het lidmaatschap van de Vereniging.

Artikel 14

Materieel controleren

De zorgverzekeraar heeft het recht na te gaan of het onderzoek dat of de behandeling die de zorgverlener in rekening brengt, ook daadwerkelijk is uitgevoerd en of u die zorg nodig had gezien uw gezondheidstoestand.

Overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektelasten 2012

II. Prestatiewijze en dekking

Inhoudsopgave

Overeenkomst Basisverzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1	Restitutiebasis	17
Artikel 2	Eigen risico	17
Artikel 3	Preventieve zorg	18
Artikel 4	Huisartsenzorg	19
Artikel 5	Medisch-specialistische zorg	19
Artikel 6	Verpleegkundige zorg	21
Artikel 7	Geboortezorg	21
Artikel 8	Revalidatie	22
Artikel 9	Orgaantransplantaties	22
Artikel 10	Dialysezorg	22
Artikel 11	Mechanische beademing	23
Artikel 12	Oncologische aandoeningen bij kinderen	23
Artikel 13	Trombosedienst	23
Artikel 14	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	23
Artikel 15	Audiologische zorg	23
Artikel 16	Paramedische zorg	24
Artikel 17	Mondzorg	24
Artikel 18	Farmaceutische zorg	26
Artikel 19	Hulpmiddelenzorg	27
Artikel 20	Ambulancevervoer	28
Artikel 21	Zittend ziekenvervoer	28
Artikel 22	Dyslexiezorg	29
Artikel 23	Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ	29
Artikel 24	Specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	29
Artikel 25	Buitenland	30
Artikel 26	Algemeen	31

Overeenkomst Basisverzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1 Restitutiebasis

- lid 1** De Basisverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij zijn de bepalingen uit deel I (Algemeen gedeelte) ook van toepassing. Binnen deze omschrijvingen bent u vrij in de keuze van zorgverlener. Voor zorg in het buitenland geldt artikel 25.
- lid 2** De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal:
1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op het moment van behandeling, of
 2. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- lid 3** U heeft op verzoek aanspraak op bemiddeling. Hiervoor kunt u contact opnemen met de PNO ZorgConsulent (zie deel III).
Als het gaat om wachtlijsten houdt de zorgverzekeraar rekening met medisch inhoudelijke factoren en daarnaast maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

Artikel 2 Eigen risico

- lid 1** Voor de Basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 220. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillig eigen risico staan vermeld in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de Basisverzekering.
- lid 2** De zorgverzekeraar brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de Basisverzekering. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico.
- De volgende kosten vallen buiten het verplichte en vrijwillige eigen risico:
1. kosten van huisartsenzorg, waaronder ook de kosten van inschrijving. De kosten van met de zorg samen hangend onderzoek vallen wel onder het eigen risico als dat onderzoek elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
 2. kosten van zorg bekostigd volgens de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. De beleidsregel heeft betrekking op ketenzorg voor diabetes mellitus type II bij verzekerden van 18 jaar en ouder, cardiovasculair risicomangement of COPD (chronisch obstructief longlijden);
 3. kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer vallen wel onder het eigen risico;
 4. kosten van nacontrole van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 9, lid 2 is verstreken;
 5. kosten van het in bruikleen verstrekken van hulpmiddelen. De kosten van de daarbij behorende verbruiksartikelen en gebruikskosten vallen wel onder het eigen risico.
- lid 3** De zorgverzekeraar houdt geen verplicht eigen risico in op kosten van zorg of overige diensten waarvan zij de nota's op of na 31 december 2013 heeft ontvangen en het niet aan u te wijten is dat de zorgverzekeraar de nota niet voor 31 december 2013 heeft ontvangen.
- lid 4** Kosten die niet onder de dekking van de Basisverzekering vallen, tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- lid 5** Als de Basisverzekering 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 premie wordt betaald, gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- lid 6** Als gedurende het kalenderjaar het eigen risico wijzigt en u onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging al een Basisverzekering had gesloten, berekent de zorgverzekeraar het eigen risico als volgt:
1. ieder bedrag aan eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar gold of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen in dat jaar waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 2. de zo berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar, waarbij de uitkomst wordt afgerond op hele euro's.
- lid 7** Voor de verrekening van het eigen risico wordt een DBC of DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin de DBC of het DBC-zorgproduct wordt geopend.

Artikel 3 Preventieve zorg

lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg als omschreven in deze verzekering, ook als sprake is van de volgende vormen van preventie:

1. geïndiceerde preventie, gericht op het voorkomen van ziekte bij mensen die al een verhoogd risico of gezondheidsklachten hebben;
2. zorggerelateerde preventie, gericht op het voorkómen van complicaties of verergeren van een ziekte.

lid 2 Voor enkele vormen van geïndiceerde preventieve zorg zoals bedoeld in lid 1 gelden nadere bepalingen die hieronder zijn omschreven.

a. Begeleiding bij stoppen met roken

Aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten van activiteiten ter ondersteuning bij het stoppen met roken. De zorgverzekeraar vergoedt de volgende vormen van zorg, afzonderlijk of in combinatie, voor zover u daarop bent aangewezen:

1. korte ondersteunende stopadviezen en stopgesprekken in gebruikelijke zorgcontacten door de huisarts, medisch-specialist of verloskundige. De zorgverzekeraar vergoedt de stopadviezen en stopgesprekken respectievelijk als huisartsenzorg (artikel 4), medisch-specialistische zorg (artikel 5) en geboortezorg (artikel 7);
2. intensieve vormen van op gedragsverandering gerichte interventies (in een groep of individueel), bestaande uit een serie van ten minste vier contacten van ten minste tien minuten in een tijdsbestek van één tot enkele maanden:
 - gedragstherapie, verleend door een gezondheidszorgpsycholoog of klinisch psycholoog. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als eerstelijnspsychologische zorg (artikel 23, lid 2);
 - intensievere begeleiding bij het stoppen met roken, zoals persoonlijke coaching, telefonische coaching en groepstraining, door een zorgverlener die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Stoppen met roken van het Partnership Stop met Roken. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). Het kwaliteitsregister stoppen met roken kunt u raadplegen via www.KwaliteitsregisterStopmetRoken.nl. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met het PNO Service Center.

De kosten van farmaceutische ondersteuning op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist worden niet vergoed. De zorgverzekeraar vergoedt dus geen kosten van bijvoorbeeld nicotinevervangende zelfzorgmiddelen (pleisters, tabletten en kauwgom), nortriptyline en bupropion (Zyban®), beide voor de indicatie stoppen met roken, en varenicline (Champix®).

b. Preventie van depressie

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van depressie op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van een subklinische depressie. Iemand heeft dan depressieve klachten maar nog niet voldoende om van een depressie te spreken. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor maximaal vijf zittingen van de volgende therapievormen:

- cognitieve gedragstherapie, waaronder de programma's *Beating the Blues* en *Kleur je leven*;
- interpersoonlijke therapie;
- problem solving therapy.

Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als eerstelijnspsychologische zorg (artikel 23, lid 2).

Onder de cognitieve gedragstherapie valt ook de cursus *In de put, uit de put*, gegeven in de vorm van individuele of groepsinterventies met rechtstreeks (face-to-face) contact met een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van bewegingsgerichte programma's.

c. Preventieve zorg bij overgewicht

Als sprake is van een BMI van 25 – 30 kg/m², bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van algemene leefstijladviezen door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts. Deze advisering over leefstijl, voeding en gedragsverandering vergoedt de zorgverzekeraar als huisartsenzorg (artikel 4). Een praktijkondersteuner of leefstijladviseur in de huisartsenpraktijk kan de advisering dus ook uitvoeren.

De kosten van dieetadviesing door een diëtist(e) komen niet voor vergoeding in aanmerking. De zorgverzekeraar adviseert om na te gaan of een eventuele aanvullende verzekering dekking biedt.

Aanspraak bestaat op vergoeding van een deel van de kosten van een gecombineerde leefstijlinterventie, zoals hierna beschreven. De gecombineerde leefstijlinterventie vindt plaats op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:

1. een BMI van minimaal 30 kg/m², of
2. een BMI van 25 – 30 kg/m² in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II, of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht. Het verhoogde risico of de samenhang met een ziekte is vastgesteld door de huisarts.

Een gecombineerde leefstijlinterventie is een samenhangend, door de huisarts begeleid, zorgprogramma dat gericht is op het aanwennen en behouden van gezond gedrag. Het bestaat uit drie componenten:

- advisering over en begeleiding bij dieet: de zorgverzekeraar vergoedt de kosten als huisartsenzorg (artikel 4). De kosten van dieetadviesing door een diëtist(e) komen niet voor vergoeding in aanmerking. De zorgverzekeraar adviseert om na te gaan of een eventuele aanvullende verzekering dekking biedt.
- advisering over en begeleiding bij beweging. Als u jonger bent dan 18 jaar vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van advisering over en begeleiding bij beweging door een fysiotherapeut of een oefentherapeut als fysiotherapie en oefentherapie (artikel 16, lid 3). Als u 18 jaar bent of ouder, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking. De zorgverzekeraar adviseert om na te gaan of een eventuele aanvullende verzekering dekking biedt. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van advisering over beweging door een leefstijladviseur onder de verantwoordelijkheid van een huisarts (voor alle leeftijden) als huisartsenzorg (artikel 4);
- gedragsverandering.
 - De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van begeleiding door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts als huisartsenzorg (artikel 4). Een praktijkondersteuner of leefstijladviseur in de huisartsenpraktijk kan de begeleiding dus ook uitvoeren.
 - De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van eerstelijnspsychologische zorg als eerstelijnspsychologische zorg (artikel 23, lid 1 en 2).

d. Preventie van problematisch alcoholgebruik

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van problematisch alcoholgebruik op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, verloskundige of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor:

1. kortdurende motiverende gesprekken door een huisarts als huisartsenzorg (artikel 4);
2. kortdurende preventieve interventies door een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist als eerstelijnspsychologische zorg (artikel 23, lid 2). De zorgverzekeraar vergoedt maximaal vijf zittingen. De interventies zijn gebaseerd op de therapeutische principes van motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie. Onder meer de programma's *Minder drinken* en *De Drinktest*, aangeboden door het Trimbos Instituut, voldoen aan deze criteria.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:

- anonieme behandeling via internet;
- preventieve zorg voor kinderen van ouders met een alcoholverslaving, als het kind niet zelf een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik loopt.

e. Preventie van paniekstoornis

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van paniekstoornissen op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van een subklinische paniekstoornis. Iemand heeft dan panieklachten maar er is geen sprake van een volwaardige paniekstoornis.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten voor maximaal vijf zittingen van programma's op basis van cognitieve gedragstherapie, waaronder het programma *Geen Paniek*. Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten als eerstelijnspsychologische zorg (artikel 23, lid 2).

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van het online programma *Fearfighter*.

Artikel 4 Huisartsenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg zoals huisartsen die 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 5 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 17.

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 als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslaptte bovenoogleden als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. de volgende aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.

d. In-vitrofertilisatie (IVF)

Voor IVF bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van alleen de eerste, tweede en derde poging 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 gelijkgesteld aan een IVF-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie.
2. De aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen in verband met de eerste, tweede en derde poging IVF, is omschreven in artikel 18 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 spontaan ontstane 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.

e. Behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten

Voor behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten bestaat tot 1 januari 2016 ook aanspraak op vergoeding van de kosten van behandeling met toepassing van radiofrequente denervatie. De indicatie en de behandeling moeten voldoen aan de voorwaarden die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd. Voor meer informatie over dit onderzoeksvoorstel kunt u contact opnemen met het PNO Service Center of www.pnoziektekosten.nl raadplegen.

lid 3

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:

1. behandeling van verlamde of verslaptte 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 huid);
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);
10. het plaatsen van hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden bij verzekerden van 21 jaar en ouder.

lid 4

Voor vergoeding van kosten voor geestelijke gezondheidszorg geldt niet dit artikel, maar artikel 24.

Artikel 6 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 van de medisch-specialist te worden ingediend.

Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van verpleegkundige zorg noodzakelijk in verband met thuisbeademing of palliatieve terminale zorg. Aanspraak op deze vormen van zorg is geregeld in de AWBZ.

Artikel 7 Geboortezorg

lid 1

Als vrouwelijke verzekerde heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en voor kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. Een verloskundige, een medisch-specialist, of een huisarts verleent de zorg, al dan niet in combinatie met zorg vanuit een geboortecentrum.

Onderdeel van deze zorg is prenatale screening, die omvat:

- het geven van informatie over prenatale screening (counseling);
- structureel echoscopisch onderzoek (SEO) in het tweede trimester van de zwangerschap (de 20-weeken echo);
- een combinatietest, bestaande uit een nekplooiemeting en een bloedonderzoek voor zwangeren van 36 jaar en ouder. Als u jonger bent, dan uitsluitend op medische indicatie van de huisarts, verloskundige, of medisch-specialist.

SEO en combinatietest mogen alleen worden uitgevoerd door een zorgverlener met een vergunning volgens de Wet op het Bevolkingsonderzoek (WBO) of een samenwerkingsafspraken met een Regionaal Centrum dat een vergunning heeft, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

lid 2

De volgende situaties worden onderscheiden:

a. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis met medische noodzaak

Als bevalling in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, vergoedt de zorgverzekeraar voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor medisch-specialistische zorg en opname in het ziekenhuis volgens artikel 5.

b. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een geboortecentrum

Als de bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, of in een geboortecentrum, vergoedt de zorgverzekeraar voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. Hiervoor geldt een eigen bijdrage voor zowel moeder als haar kind van € 16 per persoon per dag. Deze eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum de € 112,50 per persoon per dag te boven gaat. De vaststelling van het aantal opnamedagen gebeurt op basis van de opgave door het ziekenhuis of door het kraambureau dat kraamzorg verleent na ontslag uit het ziekenhuis.

c. Bevalling en/of kraamzorg thuis

Bij bevalling en kraamzorg thuis vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor:

1. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg) door de huisarts of verloskundige;
2. de inschrijving, intake en partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
3. tenminste 24 en maximaal 80 uren kraamzorg, gedurende maximaal tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en haar kind en wordt vastgesteld en toegekend in overleg met de zorgverzekeraar. Het uitgangspunt is wat het geboortecentrum of kraambureau op grond van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg indiceert. Voor deze vergoeding geldt een eigen bijdrage van € 4 per uur.

Als na de bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum de kraamzorg thuis of in een kraamhotel plaatsvindt, vergoedt de zorgverzekeraar de kosten voor kraamzorg zoals omschreven onder 3. Hierbij geldt dat de zorgverzekeraar het aantal dagen doorgebracht in het ziekenhuis of geboortecentrum in mindering brengt op de genoemde termijn van maximaal tien dagen.

Kosten van het kraamhotel anders dan voor kraamzorg worden niet vergoed.

- d. De zorgverzekeraar regelt graag voor u de kraamzorg. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel III (Zorgdiensten).

Artikel 8 Revalidatie

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de 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.

Artikel 9 Orgaantransplantaties

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor transplantaties van weefsels en organen in een ziekenhuis als de transplantatie is verricht in:

1. een EU- of EER-land, of
2. een ander land, als de donor daar woont en uw echtgenoot, uw geregistreerd partner of uw bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is.

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 Nederland 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.

Als een donor in het buitenland woont en er transplantatie plaatsvindt van een nier, beenmerg of lever in Nederland, dan vergoedt de zorgverzekeraar ook de kosten van het vervoer van de donor naar Nederland 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 het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeerde inkomsten.

Artikel 10 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 (vervanging inbegrepen), 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.

Artikel 11 **Mechanische beademing**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de 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 12 **Oncologische aandoeningen bij kinderen**

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van centrale (referentie-)diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Artikel 13 **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.

Artikel 14 **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. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Artikel 15 **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 oorarts.

De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van:

1. onderzoek naar het gehoor;
2. advisering over aan te schaffen hoorapparatuur;
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 16 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. Bij oedeemtherapie kan ook een huidtherapeut de behandeling uitvoeren. 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 20 behandelingen voor de betreffende aandoening niet vergoed, tenzij u op 31 december 2011 al minstens twaalf behandelingen fysiotherapie voor diezelfde aandoening heeft ontvangen.

In afwijking van deze vergoedingsregeling vergoedt de zorgverzekeraar, als u 18 jaar of ouder bent, de kosten van maximaal negen behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie. Hier geldt de vergoeding dus vanaf de eerste behandeling.

Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen via www.pnozietekosten.nl.

lid 3 Voor fysiotherapie en oefentherapie aan kinderen tot 18 jaar bestaat - naast de dekking in lid 2 - 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 verzekerden 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, op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal tien behandelingen per kalenderjaar. 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 zorgverzekeraar vergoedt geen kosten van behandeling ter ondersteuning van onderwijs. Dit betreft onder meer de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen bij dialect of anderstaligheid.

lid 6 Dieetadvisering

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van dieetadvisering als deze onderdeel is van gecoördineerde, multidisciplinaire zorgverlening met betrekking tot uw diabetes, uw chronisch obstructieve longziekte (COPD) of uw cardiovasculair risico. De dieetadvisering omvat voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist. De zorgverzekeraar vergoedt maximaal vier behandelingen per kalenderjaar op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of tandarts.

Artikel 17 Mondzorg

lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist verleent de zorg. De zorgverzekeraar vergoedt alleen de tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

1. als u een zo ernstige ontwikkelingsstoornis, groeiestoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening, of
3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke u zou hebben gehad zonder de aandoening.

lid 2 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur als sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak. Het implantaat moet dienen voor bevestiging van een uitneembare prothese. De suprastructuur is het gedeelte op het implantaat dat boven het tandvlees zit.

lid 3 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van orthodontische zorg als sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel. Daarbij moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk zijn.

lid 4 Als u jonger bent dan 18 jaar bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

1. eenmaal per jaar periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, tenzij u die zorg tandheelkundig meer keren per jaar nodig heeft;
2. incidenteel tandheelkundig consult;
3. het verwijderen van tandsteen;
4. fluoride-applicatie vanaf 6-jarige leeftijd, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u die zorg, tandheelkundig, meer keren per jaar nodig heeft;
5. sealing (aanbrengen van een beschermlaag);
6. parodontale zorg (voor tandvlees);
7. anesthesie;
8. endodontische zorg (voor het binnenste van de tand);
9. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
10. gnathologische zorg (voor de kaak en de kauwspieren);
11. uitneembare prothetische voorzieningen;
12. tandvervangende zorg met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten na toestemming vooraf van de zorgverzekeraar. De zorg moet de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreffen die niet zijn aangelegd, of ontbreken als direct gevolg van een ongeval;
13. chirurgische tandheelkundige zorg, behalve de kosten van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
14. röntgenonderzoek, behalve de kosten van röntgenonderzoek voor orthodontische zorg.

De kosten van deze zorg buiten de reguliere praktijkuren worden alleen vergoed als het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld.

lid 5 Als u 18 jaar of ouder bent, bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van:

1. chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek, behalve van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
2. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.

lid 6 Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothetische voorziening voor boven- en/of onderkaak vergoedt de zorgverzekeraar 75% van de kosten voor een volledige immediaatprothese, een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.

De zorgverzekeraar vergoedt 100% van de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothetische voorziening of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Bij rebasen wordt de ruimte tussen de kaak en het kunstgebit opgevuld met kunststof om de prothese vaster te laten zitten op een geslonken kaak.

Toestemming vooraf van de zorgverzekeraar is vereist als de totale kosten van de volledige prothetische voorziening (inclusief techniekkosten) hoger zijn dan:

- € 600 per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandarts, of
- € 450 per onder- of bovenkaak bij uitvoering door een tandprotheticus.

lid 7 Voor vergoeding van de kosten van mondzorg volgens lid 1 tot en met 3 is altijd toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist. Als de mondzorg volgens lid 4 en 5 in een instelling voor bijzondere tandheelkunde plaatsvindt, is ook toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist.

Bij de aanvraag dient u een schriftelijke motivering van de tandarts en een behandelplan bij te voegen. De toestemming kan worden ingetrokken als de mondzorg niet meer nodig is, als u de aanwijzingen van de zorgverlener niet opvolgt of als u de mondhygië ernstig verwaarloost.

lid 8 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 9 Voor vergoeding van de kosten van zorg door een tandarts-specialist mondziekten of kaakchirurg is toestemming vooraf van de zorgverzekeraar vereist als het gaat om parodontale zorg, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat.

lid 10 Voor vergoeding van de kosten van mondzorg op de plaats waar de verzekerde verblijft (dus niet in de praktijk van de zorgverlener) is een schriftelijk advies van de huisarts of de medisch-specialist vereist.

- lid 11** Voor zorg volgens lid 1 voor een verzekerde van 18 jaar en ouder kan een eigen bijdrage gelden. Deze eigen bijdrage geldt bij behandelingen die niet rechtstreeks in verband staan met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige zorg. De eigen bijdrage is gelijk aan het bedrag dat in rekening zou zijn gebracht voor de reguliere behandeling, dus als u niet in het kader van bijzondere tandheelkunde zou zijn behandeld.
- lid 12** Voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, geleverd in het kader van de zorg bedoeld in lid 1, geldt een eigen bijdrage van € 125 per kaakdeel.

Artikel 18 Farmaceutische zorg

- lid 1** Aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten van terhandstelling van:
1. de door de zorgverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddelen uit Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. De aanwijzing door de zorgverzekeraar is zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor u beschikbaar is. Nadere omschrijving van de aanspraak is uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg. Het Reglement Farmaceutische zorg kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnoziektekosten.nl;
 2. de geneesmiddelen - onder voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft - als bedoeld in:
 - a. artikel 40, lid 3, onder a Geneesmiddelenwet. In dit artikel wordt ingegaan op apotheekbereidingen of magistrale bereidingen. Kosten van apotheekbereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet in Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering genoemd, geregistreerd geneesmiddel zijn uitgesloten van de aanspraak;
 - b. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant bedoeld in artikel 1, lid 1, onder mm van die wet;
 - c. artikel 40, lid 3, onder c Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een ander land en op verzoek van een arts bedoeld in die bepaling, binnen Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
 3. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Onder rationele farmacotherapie 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.

Tevens bestaat aanspraak op advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de hierboven genoemde geneesmiddelen door BIG-geregistreerde zorgverleners.

Onder deze aanspraak vallen:

- a. instructie patiënt receptplichtig geneesmiddel - gerelateerd hulpmiddel;
- b. medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik;
- c. farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek;
- d. farmaceutische begeleiding bij ontslag uit het ziekenhuis.

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. Vragen hierover kunt u stellen bij het PNO Service Center.

- lid 2** De onder lid 1 genoemde middelen moeten voorgeschreven zijn door de behandelend arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant. Terhandstelling geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apotheekhoudend huisarts.
- lid 3** De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van dieetpreparaten alleen als niet kan worden volstaan met aangepaste normale voeding en andere bijzondere voeding en u:
1. lijdt aan een stofwisselingsstoornis, of
 2. lijdt aan een voedselallergie, of
 3. lijdt aan een resorptiestoornis, of
 4. lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
 5. daarop bent aangewezen volgens de richtlijnen van de betreffende beroepsgroepen in Nederland.

- lid 4** Bij in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen. Dit betreft laxantia, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen ter bescherming van de ogen tegen uitdroging en maagledigingsmiddelen, als ook andere geneesmiddelen met eenzelfde werkzaam bestanddeel en in dezelfde toedieningsvorm.
- Ook bij in de Regeling zorgverzekering genoemde maagzuurremmers voor chronisch gebruik (inclusief combinatiepreparaten die een maagzuurremmer bevatten) vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van het gebruik gedurende de eerste 15 dagen.
- lid 5** De in de Regeling zorgverzekering genoemde geneesmiddelen zijn zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Per groep stelt de 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 6** In het Reglement Farmaceutische zorg stelt de zorgverzekeraar nadere voorwaarden over de doelmatigheid van de farmaceutische zorg. Dit betreft onder andere toestemmingsvereisten, afleverhoeveelheden, advies en begeleiding. Het Reglement Farmaceutische zorg kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnoziektekosten.nl.
- lid 7** 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 5;
 - andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorggeneesmiddelen;
 - geneesmiddelen in geval van ziekterisico 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 19 Hulpmiddelenzorg

- lid 1** Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar. In uitzondering op de aanspraak op vergoeding van kosten, verstrekt de zorgverzekeraar een aantal hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar 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.
- 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, tenzij het solo-apparaat betreft.
- 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. Zij maken deel uit van de medisch-specialistische zorg en worden via een DBC-zorgproduct vergoed. Als u verblijft en behandeld wordt in een AWBZ-instelling vallen de kosten van voorgeschreven hulpmiddelen en verbandmiddelen ook niet onder deze vergoeding. Dit valt onder de aanspraken van de AWBZ.

Artikel 20 Ambulancevervoer

- lid 1** Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per ambulance-auto van een ambulancevervoerder als ander vervoer (per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is. De zorgverzekeraar vergoedt vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming heeft gegeven voor vervoer over een grotere afstand.
- lid 2** De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van vervoer:
- naar een zorgverlener of een instelling waar u zorg zult ontvangen waarvan de kosten - geheel of gedeeltelijk - gedekt zijn op de Basisverzekering;
 - naar een instelling waarin u wordt opgenomen ten laste van de AWBZ;
 - vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling waar u een onderzoek of een behandeling zult ondergaan, gedekt volgens de AWBZ;
 - vanuit een instelling waar u bent opgenomen naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese, als de prothese - geheel of gedeeltelijk - gedekt is volgens de AWBZ;
 - van de in dit lid genoemde zorgverleners of instellingen naar uw eigen woning of naar een andere woning, als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen.
- lid 3** Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.
- lid 4** Als ziekenvervoer per ambulance-auto niet mogelijk is kunt u de zorgverzekeraar vooraf toestemming vragen voor vervoer met een ander middel van vervoer.

Artikel 21 Zittend ziekenvervoer

- lid 1** Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van vervoer per openbaar vervoermiddel in de laagste klasse, per taxi of per eigen auto tot maximaal 200 kilometer enkele reisafstand. Als de zorgverzekeraar u toestemming geeft voor zorg bij een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking tot 200 kilometer niet.
- lid 2** De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zittend ziekenvervoer alleen als zij toestemming vooraf heeft gegeven. Bij het verlenen van toestemming kan de zorgverzekeraar voorwaarden stellen aan de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.
- lid 3** Bij gebruik van de eigen auto vergoedt de zorgverzekeraar € 0,30 per kilometer. De zorgverzekeraar gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route per auto volgens de routeplanner Routenet.
- lid 4** Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor vervoer van en naar een persoon, instelling of woning zoals bedoeld in artikel 20 lid 2 als:
- u nierdialyse moet ondergaan;
 - u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
 - u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen;
 - uw gezichtsvermogen zo is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.
- lid 5** In andere gevallen dan genoemd in lid 4 bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet vergoeden van de kosten voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard.
- lid 6** Voor zittend ziekenvervoer geldt een eigen bijdrage van € 93 per kalenderjaar. Deze eigen bijdrage geldt niet voor vervoer:
- vanaf een instelling waarin u bent opgenomen naar een andere instelling waarin u wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling dat in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. De kosten van beide opnames moeten gedekt zijn onder de Basisverzekering of de AWBZ;
 - heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling, dat in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Het onderzoek of de behandeling moeten gedekt zijn op de Basisverzekering, de opname moet gedekt zijn onder de Basisverzekering of AWBZ.
 - heen en terug vanuit een instelling waarin u bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling, die in de eerste instelling niet kan worden uitgevoerd. Zowel de behandeling als opname zijn gedekt onder de AWBZ.
- lid 7** 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 8** De zorgverzekeraar regelt graag taxivervoer voor u. De aanvraagprocedure daarvoor kunt u nalezen in deel III (Zorgdiensten).

- lid 9** Als ziekenvervoer per openbaar vervoermiddel, taxi, of eigen auto niet mogelijk is, kunt u de zorgverzekeraar toestemming vooraf vragen voor vervoer met een ander vervoermiddel.

Artikel 22 **Dyslexiezorg**

- lid 1** Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van zorg in verband met ernstige dyslexie. Aanspraak bestaat alleen:
1. voor kinderen van 7 jaar en ouder die basisonderwijs volgen,
 2. als de zorg op 7-, 8-, 9-, 10- of 11-jarige leeftijd begint, en
 3. als de zorg wordt verleend door het Regionaal Instituut Dyslexie (RID) of een gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist die staat ingeschreven in het kwaliteitsregister voor gekwalificeerde behandelaars van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO), en
 4. als de diagnostiek wordt uitgevoerd en de behandeling worden verleend volgens het *Protocol dyslexie diagnostiek en behandeling*.

Het Protocol dyslexie diagnostiek en behandeling dient als leidraad voor het diagnosticeren, indiceren en behandelen van mensen met dyslexie. Het doel is het beschrijven van de optimale zorg voor mensen met dyslexie, op basis van de huidige wetenschappelijke, beroepsinhoudelijke en maatschappelijke inzichten. Dit protocol kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnoziektekosten.nl.

- lid 2** Voor vergoeding van de kosten van dyslexiezorg is een verwijzing nodig van de jeugdgezondheidszorgarts of een daartoe bevoegd functionaris met bijbehorende expertise, die verbonden is aan school. Deze verwijzing moet voorzien zijn van een motivatie waaruit blijkt dat de school- of leeraanamnese een stagnatie vertoont en extra begeleiding op school onvoldoende verbetering heeft opgeleverd.
- lid 3** De kosten voor dyslexiezorg worden in rekening gebracht met een DBC.

Artikel 23 **Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ**

- lid 1** Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van eerstelijnspsychologische 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 vijf zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar.
- Voor eerstelijnspsychologische zorg geldt een eigen bijdrage van € 20 per zitting en € 50 voor een internetbehandeltraject. U moet de eigen bijdrage rechtstreeks aan de zorgverlener betalen.
- lid 3**
1. Voor de eerstelijnspsychologische zorg is een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.
 2. Voor kinderen bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b lid 5 AWBZ.
- lid 4** Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor behandeling van aanpassingsstoornissen.

Artikel 24 **Specialistische geestelijke gezondheidszorg (GGZ)**

lid 1 Psychiatrie ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis 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 van de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging. Ook vergoedt de zorgverzekeraar de kosten van bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen tijdens de opname.

lid 2 Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van niet-klinische GGZ door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychotherapeut. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van de behandeling en van de bij de behandeling behorende verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

- lid 3** De omvang van de zorg wordt begrensd door wat psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijnspsychologische zorg genoemd in artikel 23.

lid 4**Eigen bijdrage**

Als u 18 jaar of ouder bent, gelden voor specialistische geestelijke gezondheidszorg twee vormen van eigen bijdragen. Wanneer u tijdens een psychiatrische opname wordt behandeld, kunnen beide vormen van eigen bijdrage van toepassing zijn.

- a. Voor behandeling:
- € 100 voor een DBC tot 100 minuten;
 - € 200 voor een DBC vanaf 100 minuten.

Deze eigen bijdragen gelden per kalenderjaar. In totaal brengt de zorgverzekeraar maximaal € 200 eigen bijdrage per kalenderjaar in rekening voor de behandeling. Dit maximum van € 200 is dus zonder de eigen bijdrage die kan gelden voor verblijf (zie b). De zorg waarop de eigen bijdrage van toepassing is, geldt als ontvangen op de datum waarop de DBC is geopend. Deze datum bepaalt dus ook aan welk kalenderjaar de DBC wordt toegerekend.

Deze eigen bijdragen gelden niet:

- voor de DBC's 'indirecte tijd' en 'crisis';
- voor mensen die opgenomen worden volgens de wet BOPZ;
- voor behandeling, waarbij bemoezorg de aanleiding is voor het starten (openen) van een DBC.

- b. Voor verblijf langer dan 31 dagen in verband met een specialistische psychiatrische behandeling:
€ 145 per maand.

Deze eigen bijdrage geldt vanaf de 32ste dag van verblijf en bedraagt € 145 per maand. Een onderbreking van maximaal zeven dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 31 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 31 dagen.

Voor verblijf gedurende een gedeelte van de maand berekent de zorgverzekeraar de eigen bijdrage door € 145 te vermenigvuldigen met 12, gedeeld door 365 en de uitkomst hiervan te vermenigvuldigen met het aantal dagen van verblijf in die maand.

lid 5

1. Voor de psychiatrische ziekenhuisopname en de niet-klinische GGZ is een verwijzing nodig door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.
2. Voor kinderen bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b lid 5 AWBZ.

lid 6

- Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
 - psycho-analyse.

Artikel 25**Buitenland**

Als u voor kortere of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert de zorgverzekeraar u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft en of u vooraf een formulier moet aanvragen. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het PNO Service Center of raadpleeg www.pnoziektekosten.nl.

lid 1

U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van het Algemeen gedeelte (deel I) van de Basisverzekering. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het PNO Service Center of kunt u de toelichting *De grens van zorg in het buitenland* raadplegen op www.pnoziektekosten.nl.

lid 2

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:

1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of
2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of een verdragsland.

lid 3

Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft u aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

- lid 4** Bij een ziekenhuisopname voor acute ziekte of ongeval kunt u contact opnemen met de PNO Zorgassistance voor het regelen van de zorg waarvoor de Basisverzekering dekking biedt. De procedure daarvoor kunt u nalezen in deel III (Zorgdiensten).
- lid 5** 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 26 **Algemeen**

In voorkomende gevallen kunt u aanspraak maken op vergoeding van de kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze verzekering als vaststaat dat:

- deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en
- de zorgverzekeraar toestemming vooraf heeft verleend, en
- deze zorg niet bij of krachtens de wet is uitgesloten.

Overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektelasten 2012

III. Zorgdiensten PNO Ziektelasten

Inhoudsopgave
Overeenkomsten Basisverzekering
III. Zorgdiensten

PNO ZorgConsulent: van preventie tot nazorg	35
Zorgbemiddeling	35
Medisch-specialistische behandeling	35
PNO Kraamzorg Service	35
PNO Zorgassistance	35
Taxivervoer	35

Overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektekosten 2012

III. Zorgdiensten PNO Ziektekosten

PNO ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

De PNO ZorgConsulent helpt u persoonlijk verder met informatie over gezondheid, preventie, ziekte en zorg. Daarnaast kunt u bij de ZorgConsulent terecht voor het regelen van een aantal zorgtaken en (wachtlijst) bemiddeling. De ZorgConsulent is bereikbaar op werkdagen tussen 08.30 - 17.30 uur via het gratis telefoonnummer 0800 020 00 04.

U kunt via de PNO ZorgConsulent:

- telefonisch een arts of diëtiste raadplegen voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen en voeding;
- informatie krijgen over onderwerpen met betrekking tot gezondheidszorg, gezond leven, bewegen en voeding.

Zorgbemiddeling

Als u zorg nodig heeft en deze niet snel (genoeg) kunt krijgen, kunt u de PNO ZorgConsulent vragen om te bemiddelen. De PNO ZorgConsulent probeert dan de wachttijd te verkorten.

Ook als u om andere redenen behoefte heeft aan zorgbemiddeling, probeert de PNO ZorgConsulent aan uw wensen tegemoet te komen.

Medisch-specialistische behandeling

De PNO ZorgConsulent informeert u over behandelingen in een ziekenhuis en regelt zaken die daarmee verband houden:

- de zorgverzekeraar werkt samen met een netwerk van geselecteerde medisch-specialisten. Op uw verzoek verstrekt de PNO ZorgConsulent informatie over behandelmethodes, behandellocaties of behandelend medisch-specialisten. U ontvangt de informatie op schrift, zodat u deze kunt bespreken met uw (huis)arts of behandelend medisch-specialist.
- Op uw verzoek bemiddelt de PNO ZorgConsulent bij het arrangeren van een (dag)behandeling in een ziekenhuis of zorghotel. Ook kan de ZorgConsulent bemiddelen bij het arrangeren van thuiszorg of kinderopvang. De kosten van de thuiszorg of kinderopvang zijn echter onder de Basisverzekering niet gedekt.

De zorgverzekeraar voert de informatievoorziening en bemiddeling zo goed en zorgvuldig mogelijk uit. Zij is echter geen zorgverlener. De zorgverzekeraar stelt dus zelf geen diagnose en verricht geen medische handelingen. Zij verstrekt ook geen medische adviezen en kan niet instaan voor de juistheid en effectiviteit van de behandeling door de zorgverlener. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een zorgverlener ligt bij de zorgverlener zelf. De zorgverzekeraar aanvaardt daarvoor dan ook geen aansprakelijkheid.

PNO Kraamzorg Service

Kraamzorg is onderdeel van de dekking geboortezorg zoals beschreven in artikel 7 van deel II van de Basisverzekering. Voor informatie over kraamzorg of als u kraamzorg door de zorgverzekeraar wilt laten regelen, kunt u bellen met de PNO Kraamzorg Service. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via www.pnoziektekosten.nl/klantenservice/kraamzorg-aanvragen.

PNO Kraamzorg Service regelt de kraamzorg bij een erkende kraamzorgorganisatie. U dient de kraamzorg minimaal vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aan te vragen. PNO Kraamzorg Service is tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 07.

PNO Zorgassistance

Als u in het buitenland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, kunt u (laten) bellen met PNO Zorgassistance. Daarbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven. Ook voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kunt u contact opnemen.

PNO Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 71.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 21 van deel II van de Basisverzekering. Om u optimaal van dienst te zijn, laat de zorgverzekeraar een taxibedrijf het taxivervoer voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u contact opnemen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Overeenkomst aanvullende verzekering PNO Ziektekosten 2012

I. Algemeen gedeelte

Inhoudsopgave

Overeenkomsten aanvullende verzekering

I. Algemeen gedeelte

Begripsomschrijvingen

Artikel 1		39
-----------	--	----

Grondslag van de verzekering

Artikel 2		39
-----------	--	----

Overige bepalingen

Artikel 3	Begin van de verzekering	39
Artikel 4	Beëindiging door de verzekeringnemer	39
Artikel 5A	Beëindiging van rechtswege	40
Artikel 5B	Beëindiging door de verzekeraar	40
Artikel 6	Premie	40
Artikel 7	Herziening van premie of voorwaarden	41
Artikel 8	Hulp buiten Nederland	41
Artikel 9	Verplichtingen van de verzekerde en de verzekeringnemer	41
Artikel 10	Onwaarachtige weergave van feiten	42
Artikel 11	Kennisgeving relevante gebeurtenissen	42
Artikel 12	Privacybescherming	42
Artikel 12A	Rechten van de verzekerde en de verzekeringnemer	43
Artikel 12B	Kwetsbare groepen	43
Artikel 13	Materieel controleren en fraudeonderzoek	43
Artikel 14	Overige voorwaarden	43
Artikel 15	Geschillen	44

Overeenkomst aanvullende verzekering

I. Algemeen gedeelte

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Buitenland

Ieder ander land dan het land waar de verzekerde woont.

Onvoorziene behandelingen

Medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare behandelingen die geen enkel uitstel toelaten omdat vanuit medisch oogpunt gezien direct ingrijpen vereist is.

Verzekeraar

Verzekeraar is ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. De maatschappij is gevestigd aan De Molen 66, te Houten.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de verzekeraar is aangegaan.

Op deze overeenkomst zijn de begripsomschrijvingen als genoemd in de door de zorgverzekeraar vastgestelde Overeenkomst tot Basisverzekering (zorgpolis) als bedoeld in artikel 1 van de Zorgverzekeringswet van overeenkomstige toepassing.

Grondslag van de verzekering

Artikel 2

lid 1

Als grondslag voor de aanvullende verzekering geldt:

- het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier;
- eventuele gegevens die door de verzekeringnemer of verzekerde afzonderlijk zijn verstrekt.

lid 2

De overeenkomst van aanvullende verzekering gesloten tussen verzekeringnemer en de verzekeraar geeft recht op het bij deze overeenkomst bepaalde pakket van verstrekkingen of vergoedingen, zoals is vastgelegd op het polisblad. De verzekerde ontvangt een polisblad en een verzekeringspas.

lid 3

Deze verzekering is een zogenaamde excedent- of aanvullende verzekering. Dit houdt in dat als voorwaarde voor een vergoeding krachtens deze verzekering geldt dat de verzekerde rechten kan ontnemen aan een in artikel 1 bedoelde overeenkomst tot Basisverzekering. Met inachtneming van het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden inzake de omvang van de dekking, beperkingen, uitsluitingen en eventuele overige bepalingen geldt dat de verzekering uitsluitend dekking biedt indien en voor zover deze kosten volgens de voorwaarden van de in artikel 1 bedoelde overeenkomst van Basisverzekering niet zijn gedekt.

Overige bepalingen

Artikel 3

Begin van de verzekering

lid 1

De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld en wordt aangegaan voor de duur van één kalenderjaar. De ingangsdatum is 1 januari van het jaar, volgend op de dag waarop de verzekeraar het verzoek tot het sluiten van deze overeenkomst heeft ontvangen.

lid 2

Indien de verzekeringnemer gelijktijdig met het verzoek, bedoeld in het eerste lid, een overeenkomst Basisverzekering bij de zorgverzekeraar afsluit, geldt als ingangsdatum van deze verzekering de datum waarop de overeenkomst Basisverzekering ingaat.

lid 3

In afwijking van het eerste lid van dit artikel, geldt voor de verzekerde die ten gevolge van het bereiken van de 18-jarige leeftijd een aanvullende tandartsverzekering wil afsluiten, als ingangsdatum van deze verzekering de dag volgend op de dag waarop de verzekeraar het verzoek tot het sluiten van deze overeenkomst heeft ontvangen.

Artikel 4

Beëindiging door de verzekeringnemer

lid 1

De verzekeringnemer kan de overeenkomst uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de overeenkomst niet opzegt, vindt voortzetting van de verzekering plaats voor de duur van één kalenderjaar.

lid 2 De verzekeringnemer heeft het recht de overeenkomst tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw, direct aansluitend dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de overeenkomst van aanvullende verzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van de kalendermaand volgend op die waarin ze zijn gedaan.

Artikel 5A **Beëindiging van rechtswege**

lid 1 De overeenkomst eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:

- de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- de verzekerde niet langer verzekeringsplichtig is op grond van de Zorgverzekeringswet, tenzij de overeenkomst op verzoek van de verzekeringnemer wordt voortgezet en de verzekeraar hiermee instemt;
- de verzekerde overlijdt. De verzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld.

lid 2 De verzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een verzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

lid 3 De verzekeringnemer stelt de verzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel b en c, dan wel het tweede lid tot het einde van de overeenkomst hebben geleid of kunnen leiden.

lid 4 Indien de verzekeraar op grond van het in het vierde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de overeenkomst zal eindigen of is geëindigd, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

Artikel 5B **Beëindiging door de verzekeraar**

lid 1 De verzekeraar heeft het recht de verzekering te beëindigen, indien door of namens de verzekeringnemer en/of de verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, en/of vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd, bedoeld in artikel 10 van deze overeenkomst.

lid 2 De beëindiging, bedoeld in het eerste lid, kan ingaan per datum dat door of namens de verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven en/of vervalste of misleidende stukken zijn overgelegd.

lid 3 De verzekeraar heeft het recht de verzekeringsovereenkomst te beëindigen na het verstrijken van de in artikel 6, lid 5, genoemde termijn indien de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling van het verschuldigde.

Artikel 6 **Premie**

lid 1 Krachtens deze overeenkomst is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

lid 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

lid 3 De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een eventuele collectiviteitskorting (zie het polisblad). De collectiviteitskorting wordt direct op de premiegrondslag in mindering gebracht.

lid 4 Premiebetaling

- De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen per maand bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de verzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen, c.q. te restitueren.
- In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening, c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

- lid 5** Indien de verzekeringnemer niet - tijdig - voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's en eigen bijdragen, kan de verzekeraar na de (premie)vervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling van het verschuldigde. Daarbij wordt erop gewezen dat bij niet voldoening (volgens artikel 7:934 BW) binnen 14 dagen, de verzekering wordt beëindigd. De verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen.
- Indien de verzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle redelijke kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

Artikel 7 Herziening van premie of voorwaarden

- lid 1** De verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en/of de premies van de bij hem lopende verzekering en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door de verzekeraar vast te stellen datum. De verzekeraar doet van de voorgenomen herzieningen schriftelijk mededeling.
- lid 2** De verzekeringnemer die niet met een herziening van de voorwaarden of de premie van de verzekering akkoord gaat kan de verzekering beëindigen, tenzij de herziening rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de verzekeraar met ingang van de dag waarop de herziening ingaat en in ieder geval gedurende 30 dagen nadat hem het voornemen tot herziening door de verzekeraar is medegedeeld.
- lid 3** Heeft de verzekeraar binnen de in lid 2 genoemde reactietermijnen geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 4** Een herziening in de grondslag van de premie van de verzekering treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

Artikel 8 Hulp buiten Nederland

- De kosten van het inroepen van in deze overeenkomst bedoelde zorg in een ander land dan het woonland worden uitsluitend vergoed:
- indien en voor zover dit in het in artikel 1, eerste lid, van deel II. Prestatiewijze en dekking, bedoelde overzicht van verstrekkingen en vergoedingen uitdrukkelijk is bepaald, dan wel;
 - bij gebreke van een in het voorgaande bedoelde uitdrukkelijke bepaling: indien de verzekeraar hiertoe vooraf toestemming heeft verleend.

Artikel 9 Verplichtingen van de verzekerde en de verzekeringnemer

- lid 1** De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:
1. zich bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
 2. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien deze daarom vraagt;
 3. aan de verzekeraar, zijn medisch adviseur of degene die met de controle is belast, medewerking te (laten) verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving;
 4. de verzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
 5. binnen 30 dagen aan de verzekeraar te melden dat de verzekerde gedetineerd is.
- lid 2** In voorkomende gevallen de originele nota's in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal binnen 36 maanden bij de verzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Voor de administratieve afhandeling is het echter wenselijk de nota's zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen.
- De nota moet zodanig zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding de verzekeraar is gehouden. Indien de nota in een andere dan bovengenoemde talen is opgesteld kan de verzekeraar verzoeken om vertaling, eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau. De kosten daarvan zijn voor rekening van de verzekerde. Indien een nota betrekking heeft op een DBC of DBC zorgproduct aangevangen voor de einddatum van de verzekering, dan worden de betreffende kosten geacht te zijn gemaakt tijdens de looptijd van de verzekering.
- lid 3** Het niet nakomen van (een van) bovengenoemde verplichtingen kan leiden tot het niet vergoeden van de aanspraak.

Artikel 10 Onwaarachtige weergave van feiten

- lid 1** Indien bij het aangaan van de aanvullende verzekering bij kennis van de ware stand van zaken door de verzekeraar een aanvullende verzekering met minder dekking zou zijn aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld aan de hand van deze dekking. Indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen aanvullende verzekering zou hebben gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is tevens het geval indien is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.
- lid 2** Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt indien door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan.
- lid 3** De verzekeraar heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven en/of vervalste of misleidende stukken zijn overlegd, de verzekeringsovereenkomst te beëindigen. Tevens kan de verzekeraar de verzekeringsovereenkomst beëindigen in geval van het niet nakomen van de mededelingsplicht indien de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of indien bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou zijn gesloten.
- lid 4** De verzekeraar vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van een verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken, bij verzekeringnemer terug. Dit omvat tevens gemaakte onderzoekskosten.
- lid 5** In voorkomende gevallen kan de verzekeraar:
- aangifte doen bij de politie;
 - persoonsgegevens van de verzekerde of de verzekeringnemer registreren in haar interne signaleringssysteem en bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars, en in de tussen financiële instellingen erkende signaleringssystemen.

Artikel 11 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

De verzekeringnemer is verplicht binnen 30 dagen aan de verzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden e.d.. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

Artikel 12 Privacybescherming

- lid 1** De verzekeraar verwerkt persoonsgegevens en bedrijfsgegevens voor zover dat nodig is voor een verantwoorde uitoefening van de bedrijfsdoelstellingen van de verzekeraar. Deze uitoefening in het kader van de bedrijfsdoelstellingen van de verzekeraar bestaat uit:
- het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van het voorbereiden, het aangaan, de uitvoering en beëindiging van overeenkomsten. Hieronder vallen onder meer de verwerkingen van persoonsgegevens in het kader van de precontractuele fase, het maken van offertes en het verschaffen van informatie, het kopen, bestellen en het leveren van goederen en diensten en het beheersen en beperken van de schadelast. Ten slotte vallen hieronder het afhandelen van transacties en ook het bemiddelen bij volgende transacties of verzoeken die voortkomen uit eerdere dienstverlening zoals declaraties of tussentijdse beëindiging. Ook valt hieronder het ter beschikking stellen van naam en adresgegevens van verzekerde(n) door de verzekeraar aan derden ten behoeve van de controle op verzekeringsgerechtigdheid en/of voor de declaratieverwerking relevante informatie;
 - het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van managementinformatie, product- en dienstontwikkeling en het bepalen van het algemene beleid of andere activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering;
 - het voldoen aan wettelijke verplichtingen;
 - het verwerken van persoonsgegevens ter voorkoming en ter afhandeling van fraude, waaronder het verstrekken van informatie over declaraties en tussentijdse beëindiging binnen de branche en gerechtelijke instanties;
 - het behandelen van geschillen en het doen uitoefenen van accountantscontrole;
 - het verwerken van persoonsgegevens, niet zijnde bijzondere gegevens, voor direct marketing doeleinden en servicegerichte doeleinden gericht op het tot stand brengen, in stand houden en uitbreiden van een directe relatie met klanten, precontractuele klanten en prospects.
- De omgang met de persoonsgegevens van verzekerden en verzekeringnemers is nader uitgewerkt in het privacy statement van de verzekeraar dat desgewenst wordt toegestuurd. Het privacy statement is tevens te raadplegen via www.pnoziektekosten.nl.
- lid 2** In veel gevallen heeft de verzekeraar gegevens betreffende de gezondheid van verzekerde nodig. Deze worden extra zorgvuldig verwerkt.

Artikel 12A Rechten van de verzekerde en de verzekeringnemer

- lid 1** De verzekerde kan bij de verzekeraar onder bijsluiting van een kopie van een geldig legitimatiebewijs een schriftelijk verzoek tot inzage in zijn persoonlijke gegevens indienen. De verzekeraar verstrekt binnen vier weken aan de verzekerde een overzicht van de door de verzekeraar verwerkte persoonsgegevens.
- lid 2** Indien het in het eerste lid bedoelde overzicht feitelijke onjuistheden bevat, de persoonsgegevens voor het doel of de doeleinden van de verwerking onvolledig of niet ter zake dienend zijn dan wel anderszins in strijd met een wettelijk voorschrift worden verwerkt, kan de verzekerde de verzekeraar schriftelijk verzoeken de gegevens te verbeteren, aan te vullen, te verwijderen of af te schermen. Het verzoek van de verzekerde bevat de aan te brengen wijzigingen. De verzekeraar bericht de verzekerde binnen vier weken na ontvangst van het verzoek schriftelijk in hoeverre hij daaraan voldoet. Een weigering is met redenen omkleed.
- lid 3** De verzekerde kan de verzekeraar schriftelijk op de hoogte stellen indien hij niet benaderd wil worden met informatie over producten of diensten van de verzekeraar.
- lid 4** Indien persoonsgegevens het voorwerp zijn van verwerking op grond van artikel 8, onder f, van de Wet bescherming persoonsgegevens, kan de verzekerde daartegen bij de verzekeraar te allen tijde verzet aantekenen in verband met zijn bijzondere persoonlijke omstandigheden. De verzekeraar beslist binnen vier weken na ontvangst van het verzet of het verzet gerechtvaardigd is. Indien het verzet gerechtvaardigd is, beëindigt de verzekeraar terstond de verwerking.
- lid 5** Indien gegevens worden verwerkt in verband met de totstandbrenging of de instandhouding van een directe relatie tussen de verzekeraar of een derde en de verzekerde met het oog op werving voor commerciële of charitatieve doelen, kan de verzekerde daartegen bij de verzekeraar te allen tijde kosteloos verzet aantekenen. In geval van verzet treft de verzekeraar de maatregelen om deze vorm van verwerking terstond te beëindigen.
- lid 6** De verzekerde kan bij de verzekeraar een klacht indienen over de verwerking van de persoonsgegevens. Een dergelijke klacht dient te worden gericht aan de Afdeling Cliëntenservice van de verzekeraar.

Artikel 12B Kwetsbare groepen

- lid 1** De verzekeraar treft op verzoek van de verzekerde of de verzekeringnemer die is c.q. wordt opgenomen in een instelling voor opvang, extra (beveiligings)maatregelen, waaronder het afschermen van zijn NAW-gegevens, ter voorkoming van ongewenste tracersing door degene(n) tegen wie ze bescherming behoeven.
- lid 2** De verzekerde die een vergelijkbaar risico loopt als de verzekerde die in een opvangtehuis wordt opgevangen, kan bij de verzekeraar een verzoek indienen tot dezelfde behandeling als in lid 1 van dit artikel beschreven, ter voorkoming van ongewenste tracersing via de verzekeraar. De verzekeraar beoordeelt of van een vergelijkbaar risico sprake is.
- lid 3** De verzekerde dient de verzekeraar te melden wanneer er geen sprake meer is van in het eerste en tweede lid bedoelde bedreigende omstandigheden. De verzekeraar zal niet zonder nadere informatie of verzoek van de verzekerde de extra maatregelen beëindigen. De verzekeraar kan hierbij het initiatief nemen om nadere informatie in te winnen. De verzekeraar stelt de verzekerde in kennis dat de extra maatregelen worden beëindigd.

Artikel 13 Materieel controleren en fraudeonderzoek

- lid 1** De verzekeraar heeft het recht materiële controle(s) uit te voeren. Hierbij gaat de verzekeraar na of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie daadwerkelijk is geleverd en of die geleverde prestatie was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.
- lid 2** De verzekeraar heeft het recht een fraudeonderzoek uit te voeren, wanneer er een redelijk vermoeden bestaat dat er een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven.
- lid 3** Materiële controle en fraudeonderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de Basisverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Artikel 14 Overige voorwaarden

- lid 1** Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in deze overeenkomst omschreven:
In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze overeenkomst, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

- lid 2** Begin en einde van de vergoeding:
Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze overeenkomst recht op vergoeding van gemaakte kosten bestaat, geldt dat slechts voor zover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Hierbij gaat het om de behandel- of leveringsdatum, dus niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Betreft de nota een DBC of DBC-zorgproduct, dan worden de kosten alleen vergoed als de aanvangsdatum van de DBC of het DBC-zorgproduct binnen de looptijd van de Basisverzekering ligt.

Artikel 15 **Geschillen**

- lid 1** Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- lid 2** Als de verzekerde of de verzekeringnemer het niet eens is met een door de verzekeraar genomen beslissing kan een van hen de verzekeraar verzoeken om heroverweging. De verzekerde of de verzekeringnemer richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van de verzekeraar.
- lid 3** Als de verzekeraar gemotiveerd aangeeft haar oorspronkelijke beslissing te handhaven of niet op het verzoek om heroverweging reageert, kan de verzekerde of de verzekeringnemer een geschil over de aanvullende verzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen, die van deze stichting deel uitmaakt, kan een bindend advies geven. De verzekerde of de verzekeringnemer kan zich ook wenden tot de bevoegde rechter.
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
Postbus 291, 3700 AG Zeist
Telefoon: 030 698 83 60
E-mail: info@skgz.nl
Internet: www.skgz.nl
- lid 4** Voor klachten over de wijze waarop de verzekeraar de verzekerde of de verzekeringnemer heeft behandeld, kan de verzekerde of de verzekeringnemer zich ook wenden tot de afdeling Cliëntenservice en, in tweede instantie, tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.
- lid 5** Klachten over formulieren van de verzekeraar kan de verzekerde of de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht betreft formulieren die overbodig of te ingewikkeld zouden zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend.

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
Telefoon: 0900 770 70 70
E-mail: informatielijn@nza.nl
Internet: www.nza.nl

Overeenkomst aanvullende verzekering PNO Ziektelkosten 2012

II. Prestatiewijze en dekking

Inhoudsopgave

Overeenkomsten aanvullende verzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1	Prestatiewijze en dekking	47
Artikel 2	Pakketwijziging	47
Artikel 3	Uitsluitingen	48
Artikel 4	Toepasselijk recht	48

Overeenkomst aanvullende verzekering

II. Prestatiewijze en dekking

Artikel 1 Prestatiewijze en dekking

- lid 1** De verzekeraar vergoedt de kosten van verstrekkingen of vergoedingen, zoals aangegeven in het door de verzekeraar vastgestelde overzicht van verstrekkingen en vergoedingen dat onderdeel vormt van deze overeenkomst.
- lid 2** De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
1. het op het moment van behandeling/levering op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief;
 2. indien en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- lid 3** Desgevraagd heeft verzekerde recht op activiteiten gericht op het verkrijgen van benodigde zorg (zorgbemiddeling). Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de verzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- lid 4** Indien en voor zover de verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens deze overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde geacht aan verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de verzekeraar van het voor verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

Artikel 2 Pakketwijziging

- lid 1** De verzekeringnemer heeft de gelegenheid om het in artikel 2, tweede lid, in I. Algemeen gedeelte, bedoelde pakket van verstrekkingen of vergoedingen te wijzigen met ingang 1 januari van het jaar, volgend op de dag waarop het verzoek tot wijziging door de verzekeraar is ontvangen.
- lid 2** Het in het eerste lid bedoelde verzoek tot omzetting dient uiterlijk 30 dagen na ontvangst van de voor het komende kalenderjaar geldende dekkings- en polisvoorwaarden door de verzekeraar te zijn ontvangen.
- lid 3** In geval van pakketwijziging zoals bedoeld in het eerste lid, is er terzake van de in het voorgaande kalenderjaar geldende termijnen van aanspraken op grond van de onder het eerste lid bedoelde pakketten sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering alsof er geen pakketwijziging had plaatsgevonden. Een vóór het moment van pakketwijziging afgegeven machtiging blijft ná deze wijziging geldig, met dien verstande dat bij een pakketwijziging de binnen de op de machtiging vermelde termijn gedane vergoedingen van kosten naar rato worden meegeteld bij het bepalen van de (maximum)vergoeding van kosten in het kader van het nieuwe afgesloten pakket van verstrekkingen en vergoedingen, als bedoeld in artikel 2, tweede lid, in I. Algemeen gedeelte, van deze overeenkomst.

Artikel 3 Uitsluitingen

- lid 1** Tenzij expliciet anders is bepaald, bestaat onder deze overeenkomst aanvullende verzekering geen aanspraak op de vergoeding van kosten van:
- de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
 - eigen bijdragen in verband met bevolkingsonderzoek;
 - aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en/of vaccinaties;
 - schade door terrorisme als de verzekerde geen Nederlands ingezetene is;
 - niet nagekomen afspraken;
 - schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht.

- lid 2** Voor schade door terrorisme is de uitkeringsplicht van de verzekeraar beperkt. Het eventueel uit te keren bedrag is gelijk aan wat de verzekeraar ontvangt onder de herverzekering die ondergebracht is bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Als de verzekeraar zich niet bij de NHT heeft herverzekerd, is de uitkeringsplicht beperkt tot de situatie alsof zij wel tot herverzekering zou zijn overgegaan. De NHT-herverzekering biedt dekking tot maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Dit bedrag kan jaarlijks worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars samen.

Onder terrorisme wordt verstaan: gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen.

Artikel 4 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

PNO Ziektekosten
Postbus 459
3990 GG Houten
030 639 62 62
www.pnoziektekosten.nl

PNO | Ziektekosten
Mediageniek

Ook in 2012 zijn wij er voor u!

Vergoedingswijzer



DE BESTE ZORGVERZEKERAAR VAN NEDERLAND

PNO Ziektkosten is al meer dan 60 jaar dé zorgverzekeraar voor de mediasector. Wij zijn een verzekeraar zonder winstoogmerk die persoonlijke dienstverlening, hoge kwaliteit en maximale keuzevrijheid belangrijk vindt.

De voordelen van PNO Ziektkosten

Er zijn drie goede redenen om ook in 2012 weer voor PNO Ziektkosten te kiezen:

- PNO Ziektkosten staat voor vrije keuze: u kiest zelf een arts, ziekenhuis en medicijnen. Heeft u informatie of advies en bemiddeling nodig, dan staan onze ZorgConsulenten voor u klaar.
- PNO Ziektkosten biedt als één van de weinige zorgverzekeraars 100% werelddekking, dus ook in de Verenigde Staten. Dit betekent dat u geen reisverzekering met dekking voor zorgkosten nodig heeft.
- PNO Ziektkosten is voor de vijfde achtereenvolgende keer door kiesBeter.nl tot 'Beste Zorgverzekeraar van Nederland' gekozen. Voor ons een duidelijk teken dat onze klanten waarderen waar wij voor staan.

Wijziging pakketten aanvullende verzekeringen

Om ervoor te zorgen dat onze klanten zich zo goed mogelijk kunnen verzekeren, hebben wij onze aanvullende verzekeringen voor 2012 gewijzigd. Niet alleen de namen zijn veranderd, ook de dekking is aangepast.

In deze Vergoedingswijzer ziet u welke pakketten PNO Ziektkosten u in 2012 kan bieden.

Praktische informatie

In deze Vergoedingswijzer leest u welke behandelingen en verstrekkingen wij vergoeden, zowel in de Basisverzekering als in de aanvullende pakketten. U heeft hiermee een handig naslagwerk als u snel wilt weten of en in welke mate een bepaalde behandeling wordt vergoed. We leggen u ook uit hoe u declaraties kunt indienen. Tot slot geven wij uitleg over vergoedingen van ziektekosten die u in het buitenland maakt.

Meer weten?

We hebben ons uiterste best gedaan een compleet overzicht te bieden. Vindt u toch niet terug wat u zoekt of is iets niet meteen duidelijk? Neem dan gerust contact met ons op. Wij helpen u graag verder.

PNO Ziektkosten

Risicodraagster voor de Basisverzekering PNO Ziektkosten is ONVZ Ziektkostenverzekeraar N.V. (handelsregister Utrecht: 30135168, AFM-nr.12000633) en voor de aanvullende verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregister Utrecht: 30209308, AFM-nr. 12001024), beide gevestigd te Houten. Postbus 459, 3990 GG Houten.
Telefoon: 030 639 62 62. Fax: 030 635 20 72. Internet: www.pnoziektkosten.nl.

INHOUDSOPGAVE

Pag 3 UW ZIEKTEKOSTENVERZEKERING IN VRAAG EN ANTWOORD

1. Welke kosten krijg ik vergoed?
2. Hoe werkt het eigen risico?
3. Rekent PNO Ziektekosten rechtstreeks af met mijn behandelaar of moet ik zelf iets voorschieten?
4. Hoe moet ik een declaratie indienen?
5. Wanneer heb ik toestemming nodig van PNO Ziektekosten?
6. Heb ik een verwijzing van de huisarts nodig voor een specialist?
7. Mag ik zelf het ziekenhuis, de specialist of de leverancier van hulpmiddelen kiezen?
8. Doet PNO Ziektekosten aan wachtlijstbemiddeling?
9. Worden ziektekosten die ik in het buitenland maak vergoed?
10. Welke wijzigingen moet ik doorgeven aan PNO Ziektekosten?
11. Als ik medische kosten maak na een ongeval waarvoor iemand anders aansprakelijk is, vergoedt PNO Ziektekosten dan de schade?
12. Hoe kan ik bezwaar maken?

Pag 6 TREFWOORDENREGISTER

Pag 8 PNO ZORGCONSULENT

Pag 9 VERGOEDINGSVOORWAARDEN

UW ZIEKTEKOSTENVERZEKERING IN VRAAG EN ANTWOORD

1. Welke kosten krijg ik vergoed?

De overheid heeft een wettelijk Basispakket samengesteld. Dit geldt voor iedere inwoner van Nederland. Elke zorgverzekeraar biedt dit Basispakket aan. Hiermee bent u verzekerd tegen de kosten van:

- Geneeskundige zorg, bijvoorbeeld zorg door huisartsen, ziekenhuizen, medisch specialisten en verloskundigen;
- Ziekenhuisverblijf;
- Tandheelkundige zorg (tot 18 jaar, vanaf 18 jaar alleen specialistische tandheelkunde en het kunstgebit);
- Hulpmiddelen;
- Geneesmiddelen;
- Kraamzorg;
- Ziekenvervoer (ambulance en zittend vervoer);
- Paramedische zorg (beperkt fysiotherapie/oefentherapie, logopedie, ergotherapie).

U kunt kiezen voor een aanvullende verzekering. PNO Ziektekosten biedt vier aanvullende verzekeringen: PNO Be Young, PNO Budget, PNO Extra en PNO Compleet. Voor een aanvullende tandverzekering kunt u kiezen uit Tandarts Budget, Tandarts Standaard, Tandarts Extra en Tandarts Compleet.

In deze Vergoedingswijzer ziet u per behandeling of deze al dan niet wordt vergoed uit de Basisverzekering, en of er voorwaarden zijn verbonden aan het declareren van de kosten. Het is uiteraard wel zo dat de polisvoorwaarden altijd leidend zijn.

2. Hoe werkt het eigen risico?

Voor iedere verzekerde van 18 jaar en ouder die premie betaalt, geldt een verplicht eigen risico van € 220 per persoon per kalenderjaar.

Het eigen risico heeft alleen betrekking op de verstrekkingen uit het Basispakket, en dus niet op kosten die worden vergoed vanuit de aanvullende verzekering(en). De kosten van de huisarts, van tandheelkundige hulp (basis), van in bruikleen verstreekte hulpmiddelen, van nacontroles van een donor van nier of lever ten behoeve van orgaantransplantatie en de directe kosten van verloskundige hulp, bevalling en kraamzorg, vallen niet onder het eigen risico.

Bovenop het verplicht eigen risico kunt u kiezen voor een extra vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per persoon per jaar. Afhankelijk van de hoogte van het vrijwillig eigen risico betaalt u minder premie voor de Basisverzekering.

Maakt u medische kosten die vergoed worden vanuit de Basisverzekering, dan worden deze kosten eerst ingehouden van het verplichte eigen risico. Heeft u ook een vrijwillig eigen risico en zijn de medische kosten hoger dan € 220? Dan worden de kosten ingehouden van uw vrijwillig eigen risico.

Wilt u informatie over uw eigen risico of wilt u de hoogte van uw eigen risico veranderen, neem dan contact op met het PNO Service Center via telefoonnummer 030 639 62 62. U kunt de wijzingen ook doorgeven op www.pnoziektekosten.nl via MijnPNOZiektekosten.

3. Rekent PNO Ziektekosten rechtstreeks af met mijn behandelaar of moet ik zelf iets voorschieten?

Steeds vaker rekenen ziekenhuizen en behandelaars rechtstreeks af met de verzekeraar. Krijgt u wel een rekening, dan kunt u twee dingen doen: de rekening zelf betalen en later bij PNO Ziektekosten declareren of de rekening rechtstreeks door PNO Ziektekosten laten betalen. Een rechtstreekse betaling kan alleen als de behandeling volledig door PNO Ziektekosten wordt vergoed. Als de rekening naar u wordt gestuurd, dan bent u er zelf verantwoordelijk voor dat de rekening op tijd betaald wordt. Het is dus belangrijk om uw declaraties snel bij PNO Ziektekosten in te dienen.

4. Hoe moet ik een declaratie indienen?

U kunt declaraties via een declaratieformulier indienen. Wanneer uw declaratie door PNO Ziektekosten is verwerkt, krijgt u automatisch een nieuw declaratieformulier toegestuurd. Extra declaratieformulieren kunt u telefonisch aanvragen via telefoonnummer 030 639 62 62.

U moet het declaratieformulier zo volledig mogelijk invullen (en ondertekenen). Ook vragen wij om de originele nota's, die volledig gespecificeerd moeten zijn en op uw naam moeten staan.

Voor een snelle afwikkeling van uw ingestuurde declaraties is het belangrijk om:

- de nota's snel in te sturen, dus niet op te sparen;
- alleen originele nota's mee te sturen en kopieën te maken voor uw eigen administratie;
- als dat nodig is een toelichting mee te sturen;
- de nota's aan uw declaratieformulier te hechten.

U kunt uw declaraties opsturen naar PNO Ziektekosten, Postbus 459, 3990 GG Houten. Inleveren bij het kantoor in Hilversum is ook mogelijk.

5. Wanneer heb ik toestemming nodig van PNO Ziektekosten?

Voor veel behandelingen heeft u vooraf geen toestemming van PNO Ziektekosten nodig. Om een vergoeding te krijgen, moet een behandeling wel medisch noodzakelijk zijn. Voor een aantal behandelingen heeft u, zowel bij het Basispakket als bij de aanvullende pakketten, wel toestemming nodig. U kunt de behandeling altijd laten uitvoeren, maar u krijgt zonder toestemming geen vergoeding van de kosten. Om toestemming te krijgen, moet er een medisch gemotiveerd verzoek tot behandeling bij PNO Ziektekosten worden ingediend. Daarna wordt beoordeeld of aan de vereisten voor toestemming wordt voldaan. Verderop in deze brochure kunt u per onderwerp lezen hoe de toestemmingsprocedure in zijn werk gaat.

In de meeste gevallen moet het toestemmingsverzoek door uw behandelend arts worden ingediend; soms is aanvullende informatie nodig. De meeste behandelaars en leveranciers weten precies hoe de toestemmingsprocedure werkt en regelen dit voor u. Een enkele keer moet u zelf een verzoek indienen. Informeer daarom altijd bij uw behandelaar wie de toestemming regelt. In sommige gevallen moet een speciaal formulier worden gebruikt. Welke gevallen dat zijn, leest u in deze brochure. U vraagt de formulieren aan door te bellen naar het PNO Service Center via 030 639 62 62.

6. Heb ik een verwijzing van de huisarts nodig voor een specialist?

In de Zorgverzekeringswet is bepaald dat medisch-specialistische hulp alleen mag worden ingeroepen na verwijzing van een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of een bedrijfsarts. U hoeft geen verwijfsbriefjes te overleggen. Het kan wel zijn dat er aanvullende informatie wordt gevraagd.

7. Mag ik zelf het ziekenhuis, de specialist of de leverancier van hulpmiddelen kiezen?

PNO Ziektekosten biedt u optimale keuzevrijheid. U beslist dus zelf naar welk ziekenhuis of welke arts u gaat.

De PNO ZorgConsulenten kunnen u wel helpen bij het maken van een keuze. Zij zijn bereikbaar via 0800 020 00 04 en nemen alle tijd om uw vragen te beantwoorden.

PNO Ziektekosten heeft voor hulpmiddelen, samen met andere ziektekostenverzekeraars, kwaliteits- en prijsafspraken gemaakt met een aantal (zorg)leveranciers. Een lijst van deze leveranciers is op aanvraag verkrijgbaar of te bekijken op www.pnoziektekosten.nl. Wij adviseren u uw hulpmiddelen bij de op deze lijst vermelde leveranciers af te nemen. Dit versnelt de doorlooptijd van uw aanvraag en u voorkomt hiermee dat u eventueel een bedrag moet bijbetalen.

8. Doet PNO Ziektekosten aan wachtlijstbemiddeling?

De PNO ZorgConsulent kan helpen bij het verkorten van de wachttijd voor een consult of een bepaalde behandeling. Bel de PNO ZorgConsulent via telefoonnummer 0800 020 00 04.

9. Worden ziektekosten die ik in het buitenland maak vergoed?

1. Spoedeisende hulp bij (tijdelijk) verblijf in het buitenland

Spoedeisende hulp is geneeskundige hulp die niet kan worden uitgesteld tot de terugkomst in Nederland. Het gaat niet om kosten die bij vertrek redelijkerwijs te voorzien waren.

Bij ziekenhuisopname in het buitenland of bij een medische noodsituatie die plotseling ontstaat, neemt u contact op met PNO Zorgassistance via telefoonnummer +31 (0)88 668 97 71. Dit nummer staat ook op de achterkant van uw PNO-verzekeringsspas. De Alarmcentrale betaalt de ziekenhuisopname en handelt de volledige persoonlijke hulpverlening af. In sommige gevallen moet u gespecificeerde en op naam gestelde nota's vragen. U kunt deze daarna declareren zoals u gewend bent.

2. Hulp in het buitenland met het doel om daar een medische behandeling te ondergaan

Bij reguliere poliklinische hulp, waarvoor geen ziekenhuisopname nodig is, kunt u de behandeling ondergaan en de rekeningen bij ons indienen. Uit de rekeningen moet duidelijk blijken om welke verzekerde het gaat en welke behandelingen zijn verricht. Bij een geplande ziekenhuisopname in het buitenland kan betaling pas plaatsvinden nadat PNO Ziektekosten van tevoren toestemming heeft gegeven.

10. Welke wijzigingen moet ik doorgeven aan PNO Ziektekosten?

PNO Ziektekosten is aangesloten op de Gemeentelijke Basis Administratie. Dat betekent dat wij wijzigingen in uw persoonlijke situatie, zoals verhuizingen, huwelijk, echtscheiding of overlijden automatisch verwerken. Bij de geboorte van een kind moet u dit schriftelijk aan ons doorgeven als u een polis voor uw kind wilt afsluiten.

11. Als ik medische kosten maak na een ongeval waarvoor iemand anders aansprakelijk is, vergoedt PNO Ziektekosten dan de schade?

Ja, maar u bent wel verplicht aan PNO Ziektekosten te melden dat er een derde voor de schade aansprakelijk is. PNO Ziektekosten kan dan de schade verhalen op de aansprakelijke persoon c.q. diens verzekeraar. Op het declaratieformulier kunt u in voorkomende gevallen aangeven dat het gaat om kosten die zijn gemaakt als gevolg van zo'n ongeval.

12. Hoe kan ik bezwaar maken?

Als u het niet eens bent met een door PNO Ziektekosten genomen beslissing, dan kunt u ons vragen deze te heroverwegen. Dit geldt ook voor de verzekeringnemer. U richt dit verzoek aan de afdeling Cliëntenservice van PNO Ziektekosten.

Als u er met PNO Ziektekosten niet uit komt, dan, kunt u of de verzekeringnemer een geschil over de Basisverzekering voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen, die van deze stichting deel uitmaakt, kan een bindend advies geven. U kunt dit doen door een brief te schrijven naar:

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

Postbus 291, 3700 AG Zeist
Telefoon: 030 698 83 60
E-mail: info@skgz.nl
Internet: www.skgz.nl

Een bevoegde rechter kan zich ook over het geschil buigen.

Klachten over formulieren van PNO Ziektekosten kunt u of de verzekeringnemer indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De klacht moet gaan over formulieren die overbodig of te ingewikkeld zijn. Een uitspraak van de NZa is bindend. U kunt uw klacht sturen naar:

Nederlandse Zorgautoriteit

T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017, 3502 GA Utrecht
Telefoon: 0900 770 70 70
E-mail: informatielijn@nza.nl
Internet: www.nza.nl

TREFWOORDENREGISTER

Pagina	
34, 35	acnebehandeling
28	acupunctuur
20	afstandsbediening hoortoestellen
36	alarmcentrale
20, 22	alarmeringssysteem
28	alternatieve (genees)middelen
28	alternatieve geneeswijzen
26	ambulance
19	anticonceptie
28	antroposofische geneeswijzen
18	apotheek
11	audiologische hulp
40	basisarts
30, 31	begeleiding bij stoppen met roken
9	behandelingen in het ziekenhuis
13	bekkentherapie
33	beweegprogramma's voor mensen met kanker
10	besnijdenis
23	bevalling
38	blesureconsult bij Sport Medisch Adviescentrum
20	blindengeleide- en hulphonden
21	borstprothese
9, 10	borstvergroting
25	borstvoedingsproblemen
21	bril
36, 37	buitenland
34, 35	camouflagetherapie
13	Cesar oefentherapie
28, 29	chiropractie
10	circumcisie
23	combinatietest
19	condooms
21	contactlenzen
9, 10	correctie bovenoogleden
9, 10	correctie oorstand
39	coulanceregeling
14, 31	dieetadvisering
18, 19	dieetpreparaten
27	dyslexie
20	elastische kous
34, 35	elektrisch epileren
20	elektrostimulator

Pagina	
28	enzymtherapie
11	erfelijkheidsonderzoek
14	ergotherapie
18, 19	farmaceutische zorg
9, 10	flaporen
28	flebologie/proctologie
13	fysiotherapie
27, 28	geestelijke gezondheidszorg
27	gedragstherapie
20, 21	gehoorapparaat
20, 21	gehoorhulpmiddelen
20	geleidehonden
36, 37	geneeskundige hulp in het buitenland
18, 19	geneesmiddelen
20	gezichtshulpmiddelen
30	griepinjectie
28, 29	haptotherapie
26	hardheidsclausule
38	herstellingsoord
10	hersteloperatie na sterilisatie
28	homeopathie
20, 21	hoortoestel
26	hospice
34, 35	huidtherapie
15	huisarts
20	hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand-, en vingerfunctie
19	hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden
20	hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering
20	hulpmiddelen voor het toedienen van voeding
20	infuuspompen met toebehoren
20	injectiespuiten en toebehoren
20	inrichtingselementen van woningen
12, 18	IVF
16	kaakchirurg
27, 28	klinisch psycholoog
25	kraampakket
23	kraamzorg
16	kunstgebit
39	kuuroord
25	lactatiekundige
34, 35	laserontharing

Pagina	
22	lichttherapie
29	lijst verenigingen alternatieve geneeswijzen
10	liposculptuur
10	liposuctie
13	logopedie
20	longvibrators
20	loophulpmiddelen
9	MammaPrint
28	manuele geneeskunde
36, 37	medische behandeling in het buitenland
12	Mensendieck oefentherapie
28	Moermantherapie
17	mondhygiëniste
15, 16, 17	mondzorg
28	natuurgeneeswijze
28	neuraaltherapie
31, 35	obesitas
13	oefentherapie Cesar/Mensendieck
21	ooglaseren
20	oogprothesen
17	orthodontische behandeling
17	orthodontist
28	orthomanuele geneeswijze
28	orthomoleculaire geneeskunde
28	osteopathie
39	ouderverblijf bij opname kind
35	overgangsconsulent
31, 35	overgewicht
13, 14	paramedische hulp
35	pedicure
19	pessarium
9, 10	plastische chirurgie
22	plaswekker
28	podologie
21	podotherapeutische supplementen
28	podotherapie
21	pruik
27, 28	psycholoog
27, 28	psychiater
28	psychotherapie
21	refractiechirurgie
40	reïntegratie

Pagina	
39	reiskosten ziekenbezoek
37	repatriëring
11	revalidatie
26	rolstoeltaxi
39	Ronald McDonalhuis
20	schoenvoorzieningen, niet zijnde orthesen
37	second opinion
21	snurken, anti-snurk apparatuur
11	snurken, anti-snurk behandeling
20	solo-apparatuur
9	specialistische behandelingen
19	spiraaltje
36	spoedeisende hulp in het buitenland
38	Sport Medisch Adviescentrum
10	sterilisatie
22	steunpessarium
21	steunzolen
14	stottertherapie
15, 16, 17	tandarts
16	tandprotheticus
26	taxivervoer
20	thuisdialyse-apparatuur
26	thuiszorg
21	trombose-zelfcontrole (bloedstolling)
30	vaccinaties
10	vasectomie
20	verbandmiddelen
23	verloskundige hulp
20	vernevelaars
26	vervoer naar plaats van behandeling
20	verzorgingsmiddelen
12	vruchtbaarheidsbehandeling
34	warmwatertherapie
21	zelfmeetapparatuur voor bloedstolling
19	zelfzorggeneesmiddelen
26	ziekenvervoer
8	ZorgConsulent
38	zorghotel
20	zuurstofapparaten

PNO ZORGCONSULENT

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van PNO Ziektekosten. Dat houdt in dat wij meer doen dan het uitbetalen van nota's. U kunt bij ons terecht voor wachtlijstbemiddeling, het regelen van zorg en informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg. Hiervoor kunt u contact opnemen met de PNO ZorgConsulent.

De onderstaande diensten regelt de ZorgConsulent graag voor u:

- Bemiddeling om de wachttijd voor een eerste consult, behandeling of opname te verkorten;
- Jaarlijkse gezondheidscheck-up (medische vragenlijst, BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie, bloeddrukmeting, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat) of sport-of beweegkeuring (medische vragenlijst, BMI, vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat). De gezondheidscheck-up wordt alleen vergoed als u een aanvullende verzekering PNO Budget, PNO Extra of PNO Compleet heeft afgesloten;
- Voorlichting, advies of informatie over mogelijke behandelmethoden of een operatie;
- Telefonisch contact met een arts of diëtist voor algemene informatie over ziektes, aandoeningen of voeding;
- Begeleiding en advies bij het regelen van een second opinion;
- Informatiemateriaal over gezond leven, bewegen en voeding;
- Het zoeken van een zorgverlener, bijvoorbeeld huisarts, tandarts of psycholoog;
- Informatie over patiëntenverenigingen.

Het is mogelijk dat er toestemming nodig is voor behandelingen waarnaar de ZorgConsulent u bemiddelt.

Kijk voor meer informatie in de polisvoorwaarden of vraag het de ZorgConsulent.

U kunt contact opnemen met de PNO ZorgConsulent op werkdagen van 8.30 – 17.30 uur op het gratis telefoonnummer 0800 020 00 04.

ZORG IN HET ZIEKENHUIS

Specialistische behandelingen

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Alle voorkomende behandelingen, met uitzondering van: <ul style="list-style-type: none">- plastisch chirurgische ingrepen;- circumcisie (besnijdenis);- sterilisatie;- hersteloperatie na sterilisatie. Voor deze ingrepen zijn hieronder aparte rubrieken opgenomen.			
Waar?	In een ziekenhuis of een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC).			
Door wie?	Een medisch-specialist.			
Bijzonderheden	Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts of bedrijfsarts, behalve bij voorziene behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan een verloskundige ook verwijzen.			

MammaPrint

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	100%	100%	100%	100%
Omschrijving	PNO Ziektekosten vergoedt de kosten van een 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.			
Door wie?	Een MammaPrint kan alleen worden uitgevoerd op voorschrift van de behandelend medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis of een ZBC (Zelfstandig Behandel Centrum).			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

Plastisch chirurgische behandelingen (Basisverzekering)

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	De kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard vallen alleen onder de aanspraak als de behandeling is bestemd voor correctie van: <ol style="list-style-type: none">1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;2. verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;3. verlamde of verslakte bovenoogleden als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;4. de volgende aangeboren afwijkingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;5. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.			
Waar?	In een ziekenhuis of een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC).			
Door wie?	Een medisch specialist.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. De aanvraag geschiedt, indien nodig, door de zorgverlener, waarna PNO Ziektekosten de aanvraag beoordeelt.			
Bijzonderheden	Onder deze rubriek vallen niet: <ul style="list-style-type: none">- correctie van de bovenoogleden;- correctie van de oorstand;- een borstvergroting;- plastisch chirurgische behandelingen aan de buik. Informatie over deze behandelingen vindt u in de volgende rubriek.			

Plastisch chirurgische behandelingen (aanvullende verzekering)

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	50%	100%
Omschrijving	De volgende vormen van plastisch chirurgische behandelingen: - correctie van de bovenoogleden; - correctie van de oorstand; - een borstvergroting; - plastisch chirurgische behandelingen aan de buik.			
Waar?	In een ziekenhuis of een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC).			
Door wie?	Een medisch specialist.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. U kunt deze aanvragen met een gemotiveerde schriftelijke verklaring van uw behandelend arts. Aan de hand van de aangeleverde informatie wordt bepaald of een vergoeding wordt verstrekt. Behandelingen met een overwegend cosmetisch doel worden niet vergoed.			
Bijzonderheden	Als de kosten niet volledig worden vergoed, zal de tegemoetkoming aan u worden overgemaakt, dus niet aan de zorgverlener. In het algemeen zal liposuctie of liposculptuur, uitgevoerd in een Zelfstandig Behandel Centrum, een cosmetisch karakter hebben en derhalve niet worden vergoed.			

Circumcisie (besnijdenis)

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	50%	100%
Omschrijving	Verwijderen van de voorhuid.			
Waar?	In een ziekenhuis of een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC).			
Door wie?	Een arts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Aan de hand van de medische indicatie wordt bepaald of een vergoeding wordt verstrekt uit de Basisverzekering of de aanvullende verzekering.			
Bijzonderheden	De kosten van een besnijdenis op religieuze gronden worden niet vergoed. Indien de kosten niet volledig worden vergoed, wordt de tegemoetkoming aan u overgemaakt, dus niet aan de hulpverlener.			

Sterilisatie

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	50%	75%
Omschrijving	Sterilisatie bij zowel man (vasectomie) als vrouw.			
Waar?	In een ziekenhuis of een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC).			
Door wie?	Een arts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Omdat de kosten niet volledig worden vergoed, zal de tegemoetkoming aan u worden overgemaakt, dus niet aan de hulpverlener.			

Hersteloperatie na sterilisatie

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	0%	75%
Omschrijving	Hersteloperatie na een eerdere sterilisatie bij zowel man als vrouw.			
Waar?	In een ziekenhuis of een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC).			
Door wie?	Een arts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Omdat de kosten niet volledig worden vergoed, zal de tegemoetkoming aan u worden overgemaakt, dus niet aan de hulpverlener.			

Revalidatie

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard.			
Waar?	In een ziekenhuis of een erkende revalidatie-instelling.			
Door wie?	Een multidisciplinair team.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

Erfelijkheidsonderzoek

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.			
Waar?	Een centrum voor erfelijkheidsonderzoek.			
Door wie?	Een medisch specialist.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

Audiologische hulp

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Audiologische hulp omvat: <ul style="list-style-type: none"> - onderzoek naar de gehoorfunctie; - advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur; - voorlichting over het gebruik van de apparatuur; - psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie; - hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar, door een audiologisch centrum, op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of KNO-arts. 			
Waar?	Een audiologisch centrum.			
Door wie?	Een audioloog of KNO-arts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

Behandeling tegen snurken

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	0%	75%
Omschrijving	Poliklinische ingreep om snurken tegen te gaan.			
Waar?	In een ziekenhuis of een Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC).			
Door wie?	Een KNO-arts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. De kosten worden alleen uit de aanvullende verzekering vergoed, als er op grond van de medische indicatie geen vergoeding mogelijk is vanuit de Basisverzekering én PNO Ziektelkosten van tevoren toestemming heeft gegeven op basis van een gemotiveerde schriftelijke aanvraag door uw behandelend arts.			
Bijzonderheden	Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener is niet mogelijk, omdat er geen volledige vergoeding wordt gegeven.			

Behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
<ul style="list-style-type: none"> - De eerste, tweede en derde IVF/ICSI behandeling - De medisch specialistische zorg bij KI of IUI behandeling en bij ovulatie-inductie - Cryopreservatie van embryo's 	0%	0%	0%	<ul style="list-style-type: none"> - De vierde IVF/ICSI behandeling inclusief de benodigde geneesmiddelen - Cryopreservatie van semen en/of eicellen

Omschrijving	Voor IVF bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van alleen de eerste, tweede en derde poging per te realiseren zwangerschap. Een IVF-poging houdt in: <ol style="list-style-type: none"> 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.
Door wie?	Een medisch specialist.
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Alleen als het gaat om de kosten van de vierde behandeling. Daartoe dient een gemotiveerde verwijzing te worden overlegd van de behandelend specialist, waaruit blijkt welke medische indicatie aan de behandeling ten grondslag ligt.
Bijzonderheden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Een ICSI (intracytoplasmatische sperma-injectie)-behandeling met een IVF-behandeling, al dan niet met gebruikmaking van eiceldonatie, wordt gelijkgesteld aan een IVF-poging. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de eiceldonatie. 2. De aanspraak op vergoeding van de kosten van geneesmiddelen in verband met de eerste, tweede en derde poging IVF, is omschreven in artikel 18 Farmaceutische zorg van de Overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektekosten.. 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 12 weken zwangerschap vanaf de laatste menstruatie bij een spontaan ontstane zwangerschap. Voor de zwangerschapsduur bij IVF betekent dat 10 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 4 dagen korter, dus in totaal 9 weken en 3 dagen. 5. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap - spontaan of na een IVF - geldt als nieuwe eerste poging. De kosten van cryopreservatie van semen en/of eicellen, ten behoeve van de eerste vier behandelingen, kunnen na toestemming vanuit de PNO Compleet worden vergoed.

VERPLEEGKUNDIGE ZORG

Medisch specialistische zorg in de thuissituatie

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. PNO Ziektekosten vergoedt deze kosten als de verpleegkundige zorg noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg, zonder dat sprake is van opname.			
Waar?	In de thuissituatie.			
Door wie?	Een verpleegkundige of verpleegkundig specialist.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Er bestaat alleen aanspraak op vergoeding van kosten als PNO Ziektekosten toestemming vooraf heeft gegeven. Bij de aanvraag voor toestemming dient een behandelplan te worden ingediend.			
Bijzonderheden	Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van verpleegkundige zorg noodzakelijk in verband met thuisbeademing of palliatieve terminale zorg. Aanspraak op deze vormen van zorg is geregeld in de AWBZ.			

PARAMEDISCHE HULP

Fysiotherapie en oefentherapie

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100% vanaf de 21e behandeling, alleen bij bepaalde aandoeningen	Maximaal 6 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal 26 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	100%
Omschrijving	<p>Basispakket Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie. 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. Deze bijlage zenden wij u desgevraagd toe. Ze is ook te raadplegen op www.pnoziektekosten.nl. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder worden de eerste 20 behandelingen niet vergoed, tenzij op 31 december 2011 al minimaal 12 behandelingen fysiotherapie voor dezelfde aandoening zijn ontvangen.</p> <p>Vanaf de 21e behandeling worden de noodzakelijke behandelingen vergoed; Voor verzekerden van 18 jaar en ouder worden maximaal 9 behandelingen bekkentherapie in verband met urine-incontinentie vergoed. De therapie moet gegeven worden door een bekkentherapeut. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat tevens aanspraak op vergoeding van de eerste 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar. Op verwijzing van een arts of medisch specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal 9 extra behandelingen door een therapeut per indicatie indien sprake is van een ontoereikend resultaat.</p> <p>Aanvullende pakketten PNO Ziektekosten vergoedt in aanvulling op het Basispakket en afhankelijk van de afgesloten aanvullende verzekering, maximaal 6, 9, 26 of alle medisch noodzakelijke behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.</p>			
Door wie?	Een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/oefentherapeut Cesar, bekkentherapeut, geriatriefysiotherapeut of oedeemtherapeut. Bij oedeemtherapie kan ook een huidtherapeut de behandeling uitvoeren.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	PNO Ziektekosten vergoedt geen extra kosten voor behandeling buiten de reguliere werktijden.			

Manuele lymfedrainage door een huidtherapeut

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100% vanaf de 21e behandeling, alleen bij bepaalde aandoeningen	0%	0%	Maximaal 26 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar	100%
Omschrijving	<p>Basispakket Behandeling van ernstig lymfoedeem. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder worden de eerste 20 behandelingen van ernstig lymfoedeem niet vergoed vanuit het Basispakket. Zie ook de omschrijving onder fysiotherapie en oefentherapie.</p> <p>Aanvullende pakketten PNO vergoedt in aanvulling op het Basispakket en afhankelijk van de afgesloten aanvullende verzekering, maximaal 26 of alle medisch noodzakelijke behandelingen.</p>			
Door wie?	Een gekwalificeerd huidtherapeut, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH).			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Door de overheid is een lijst samengesteld van de onder Basispakket bedoelde aandoeningen, waarop tevens is aangegeven welke behandelduur maximaal van toepassing is (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering). Deze bijlage zenden wij u desgevraagd toe. Ze is ook te raadplegen op www.pnoziektekosten.nl .			

Logopedie

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Behandeling door een logopedist, op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, tandarts of orthopedagoog, gericht op een geneeskundig doel en op herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen.			
Door wie?	Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling ter ondersteuning van onderwijs, zoals behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid. PNO Ziektekosten kan tijdens de behandeling vragen om nadere informatie.			

Stottertherapie

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	Maximaal € 350 per verzekerde voor de duur van de verzekering	Maximaal € 750 per verzekerde voor de duur van de verzekering	Maximaal € 1.500 per verzekerde voor de duur van de verzekering
Omschrijving	Stottertherapie die in groepsverband wordt gegeven volgens één van de volgende methoden: Del Ferro, De Paauw of Hausdörfer.			
Door wie?	Een instelling waar bovengenoemde therapieën worden gegeven.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

Ergotherapie

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
Maximaal 10 behandelingen per kalenderjaar	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen.			
Door wie?	Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut". De ergotherapeut verleent de zorg in zijn behandelruimte of bij u thuis.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

Dieetadvisering

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
Maximaal 4 behandelingen per kalenderjaar, alleen als dieetadvisering onderdeel is van gecoördineerde, multidisciplinaire zorgverlening bij genoemde aandoeningen.	0%	0%	Maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 300 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	<p>Basispakket Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van dieetadvisering als deze onderdeel is van gecoördineerde, multidisciplinaire zorgverlening met betrekking tot diabetes, een chronisch obstructieve longziekte (COPD) of een cardiovasculair risico. De dieetadvisering omvat voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel door een diëtist(e). PNO Ziektekosten vergoedt maximaal 4 behandelingen per kalenderjaar op verwijzing van huisarts, bedrijfsarts of tandarts.</p> <p>Aanvullende pakketten PNO Ziektekosten vergoedt tot een bepaald bedrag voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een medisch doel, op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of tandarts.</p>			
Door wie?	Een diëtist(e) die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De kosten van af te leveren (voedings)preparaten en (genees)middelen worden niet vergoed.			

HUISARTSENHULP

Huisartsenhulp

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Daaronder vallen ook onderzoeken in (huisartsen)laboratoria en ziekenhuizen die door de huisarts worden voorgeschreven. Niet vergoed worden de kosten van: <ul style="list-style-type: none">- geneeskundige keuringen, zoals een sport- of rijbewijskeuring;- algemene preventieve maatregelen, zoals hulp van consultatiebureaus, bevolkingsonderzoeken en de gebruikelijke vaccinatieprogramma's;- zwangerschapstesten;- behandelingen met een cosmetisch doel;- behandelingen binnen het kader van bepaalde afvalprogramma's (Biamed e.d.).			
Door wie?	Een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder, werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Er bestaat een zogenaamd inschrijvingstarief. Let wel: een inschrijving kan per persoon maar bij één huisarts plaatsvinden. Voor iedere ingeschreven patiënt mag de huisarts per kwartaal een vast tarief berekenen. Dit bedrag wordt volledig vergoed. Deze kosten worden niet betrokken bij de afrekening van het verplichte en vrijwillige eigen risico. Onderzoeken in (huisartsen)laboratoria en ziekenhuizen die door de huisarts worden voorgeschreven, worden wel betrokken bij het afrekenen van het verplichte en vrijwillige eigen risico.			

MONDZORG

Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	De tandheelkundige zorg door tandartsen : <ul style="list-style-type: none">- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;- incidenteel tandheelkundig consult;- het verwijderen van tandsteen;- fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;- sealing;- parodontale hulp;- anesthesie;- endodontische hulp;- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;- gnathologische hulp;- uitneembare prothetische voorzieningen;- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;- chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.			
Door wie?	Een tandarts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Alleen voor tandheelkundige implantaten is voorafgaande toestemming vereist. Het hiervoor benodigde formulier is op aanvraag verkrijgbaar.			
Bijzonderheden	Aanvullend diagnostisch onderzoek en kroon- en brugwerk worden voor verzekerden jonger dan 18 jaar niet vergoed uit de Basisverzekering.			

Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen (voor alle verzekerden ongeacht de leeftijd)

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	<p>1. Tandheelkundige zorg door tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten die noodzakelijk is:</p> <ol style="list-style-type: none"> indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan; indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. <p>2. Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en de bedoelde constructie dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.</p> <p>3. Orthodontische hulp in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tandkaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.</p> <p>4. Chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek. Parodontale chirurgie (tandvlesbehandelingen) valt hier niet onder. Het aanbrengen van het tandheelkundig implantaat valt hier ook niet onder (zie hiervoor wat vermeld is onder punt 2 van deze rubriek en onder de rubriek Tandheelkundige hulp door tandartsen en mondhygiënist(en)).</p>			
Door wie?	<p>Tandarts: Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG. Kaakchirurg: Een tandartsspecialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. Orthodontist: Een tandartsspecialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.</p>			
Aanvraag en toestemming vooraf?	<p>Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten genoemd onder de punten 1, 2 en 3 is voorafgaande toestemming vereist. De aanvraag kan door de hulpverlener bij PNO Ziektelasten worden ingediend. Als de mondzorg bij punt 4 plaatsvindt in een instelling voor bijzondere tandheelkunde, dan is ook toestemming vooraf van PNO Ziektelasten vereist.</p>			
Bijzonderheden	<p>Ongecompliceerde extracties door de kaakchirurg komen niet voor vergoeding in aanmerking.</p>			

Kunstgebit

Basispakket	Tandarts Budget	Tandarts Standaard	Tandarts Extra	Tandarts Compleet
75% voor een volledige prothese en 100% voor reparatie en rebasen	Maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 500 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 850 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 1.100 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	<p>Uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.</p>			
Door wie?	<p>Een tandarts of tandprotheticus. De aanschafkosten van een kunstgebit dat vervaardigd is door een tandtechnicus worden niet vergoed.</p>			
Aanvraag en toestemming vooraf?	<p>Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening, vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 600 per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen. Indien de uitneembare volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, € 450 per onder- c.q. bovenkaak. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen.</p>			
Bijzonderheden	<p>Het verschil tussen de aanschafprijs van het kunstgebit en het bedrag dat wordt vergoed vanuit het Basispakket, wordt vergoed vanuit de aanvullende tandartsverzekeringen voor zover de maximaal verzekerde bedragen niet worden overschreden. Voor 100% worden de kosten vergoed uit het Basispakket van reparatie (door een tandarts, tandprotheticus of tandtechnicus) en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.</p>			

Tandheelkundige hulp door tandartsen of mondhygiënisten (voor alle verzekerden ongeacht de leeftijd)

Basispakket	Tandarts Budget	Tandarts Standaard	Tandarts Extra	Tandarts Compleet
0%	Maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 500 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 850 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 1.100 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	De hulp omvat de tandheelkundig noodzakelijke zorg door tandartsen of mondhygiënisten, voor zover deze niet is gedekt vanuit de Basisverzekering. Hulp met een overwegend cosmetisch karakter, zoals het bleken van elementen (UPT-codes X311 en X331), wordt niet vergoed. Ook techniekkosten bij het bleken van elementen worden niet vergoed.			
Door wie?	Tandarts: Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG. Mondhygiënist: Een vrijgevestigd mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemde "Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist".			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Orthodontie: Voor orthodontie door een tandarts of orthodontist: zie de hiernavolgende rubrieken Orthodontie. Implantaten: De aanschafkosten van implantaten en de eigen bijdrage voor een overkappingsprothese vallen ook onder deze rubriek, voor zover ze niet worden vergoed vanuit de Basisverzekering.			

Orthodontie voor personen jonger dan 18 jaar

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	Maximaal € 500 voor de duur van de verzekering	100%	100%
Omschrijving	Gebitsregulatie.			
Door wie?	Een tandarts of orthodontist.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

Orthodontie voor personen van 18 jaar en ouder

Basispakket	Tandarts Budget	Tandarts Standaard	Tandarts Extra	Tandarts Compleet
0%	0%	Maximaal € 800 voor de duur van de verzekering	Maximaal € 1.200 voor de duur van de verzekering	Maximaal € 1.600 voor de duur van de verzekering
Omschrijving	Gebitsregulatie.			
Door wie?	Een tandarts of orthodontist.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. U kunt dit aanvragen door middel van een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de behandelend tandarts of orthodontist. Het hiervoor benodigde formulier is op aanvraag verkrijgbaar. Aan de hand van de verklaring wordt bepaald of een vergoeding kan worden verstrekt.			
Bijzonderheden	Vergoeding van de kosten van orthodontie kan alleen plaatsvinden als de behandeling deel uitmaakt van een traject waarbij een functionele afwijking wordt gecorrigeerd. De kosten van orthodontie als er sprake is van overwegend esthetische problematiek, in geval van terugkerende klachten na een eerdere behandeling en in geval van een parodontaal zwak of slecht onderhouden gebit, worden niet vergoed.			

FARMACEUTISCHE ZORG

Geneesmiddelen

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%, met eigen bijdragen	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	PNO Ziektekosten vergoedt: a. geregistreerde geneesmiddelen die door PNO Ziektekosten zijn aangewezen op basis van de Regeling Zorgverzekering en b. andere geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft. Nadere omschrijving van de aanspraak is uitgewerkt in het Reglement Farmaceutische zorg. Het Reglement Farmaceutische zorg kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnoziektekosten.nl .			
Door wie?	De apotheek of de apotheekhoudend huisarts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Voor de aanspraak op de vergoeding van een aantal geneesmiddelen gelden nadere voorwaarden. In die gevallen dient vooraf toestemming te worden gegeven. De aanvraag zal over het algemeen door de behandelend arts worden ingediend. Wanneer dit niet het geval is zal PNO Ziektekosten u hieromtrent benaderen.			
Bijzonderheden	Alleen geneesmiddelen die zijn voorgeschreven door een behandelend arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant én die zijn aangeschaft bij een apotheek worden vergoed. Voor de middelen die binnen de reguliere geneeskunde worden gebruikt, maar niet worden vergoed vanuit de Basisverzekering en voor de middelen die in de alternatieve geneeskunde worden gebruikt, verwijzen wij naar de daar op betrekking hebbende rubrieken (zie pagina 31). De eigen bijdrage, die geldt voor bepaalde geneesmiddelen, wordt niet vergoed vanuit het Basispakket.			

Dieetpreparaten

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Dieetpreparaten.			
Door wie?	Dieetpreparaten kunnen worden aangeschaft bij een apotheek of bij een gespecialiseerde leverancier.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja, er moet sprake zijn van een ernstige aandoening. Het verzoek om toestemming voor vergoeding van dieetpreparaten dient altijd tijdig en vóóraf door de verzekerde te worden ingediend, vergezeld van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts of medisch specialist.			
Bijzonderheden	Om aan te kunnen geven wanneer u voor een vergoeding in aanmerking komt, moet onderscheid worden gemaakt tussen dieetproducten en dieetpreparaten. Een dieetproduct is een voedingsmiddel dat een andere samenstelling heeft dan normale voeding maar er verder wel op lijkt. Denk bijvoorbeeld aan suikervrije jam of zoutarme kaas. Een dieetpreparaat is een voedingsmiddel dat niet alleen een andere samenstelling maar ook een andere vorm heeft dan een normaal product. Een dieetpreparaat lijkt dus niet meer op een gewoon voedingsmiddel. Vloeibare voeding is daarvan een voorbeeld. Alleen dieetpreparaten (polymere, oligomere, monomere en modulaire) worden in bepaalde gevallen vergoed. De indicaties, voorwaarden en een lijst van de dieetpreparaten zijn vermeld in het Reglement Farmaceutische zorg van PNO Ziektekosten dat desgewenst kan worden toegestuurd. Het Reglement is tevens in te zien via onze website www.pnoziektekosten.nl .			

Geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%, bij een eerste, tweede en derde IVF/ICSI behandeling en bij een KI, IUI behandeling of bij ovulatie-inductie	0%	0%	0%	100%, bij de vierde IVF/ICSI behandeling
Door wie?	Een apotheek.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Een vergoeding kan uitsluitend worden gegeven als er sprake is van een aantoonbare lichamelijke afwijking of stoornis, waardoor de bevruchting niet op de normale wijze kan plaatsvinden. U moet een verklaring van de behandelend arts van die strekking overleggen.			
Bijzonderheden	Een eventuele eigen bijdrage voor de in deze rubriek genoemde geneesmiddelen, kan na toestemming vanuit de PNO Compleet worden vergoed.			

Middelen die binnen de reguliere geneeskunde worden gebruikt, maar niet worden vergoed vanuit de Basisverzekering

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	Maximaal € 50 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 300 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 500 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	<p>Het gaat om de volgende middelen en kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zelfzorgmiddelen en (genees)middelen, die niet worden vergoed op grond van de Basisverzekering; - de eigen bijdrage die geldt voor bepaalde geneesmiddelen (hiervoor stuurt de apotheek een aparte rekening die op de gebruikelijke wijze gedeclareerd kan worden); - ongeregistreeerde farmaceutische producten (niet- geneesmiddelen); - voor zover voor een werkzame stof, een of meer preferente geneesmiddelen zijn aangewezen: de kosten van niet aangewezen geneesmiddelen; - apotheekbereidingen indien hiervoor geen vergoeding mogelijk is vanuit de Basisverzekering. 			
Door wie?	Een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Voor wat betreft de dieetpreparaten kan dit ook via een gespecialiseerde leverancier.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Het verzoek om toestemming voor vergoeding van de in deze rubriek bedoelde dieetpreparaten dient altijd tijdig en vóóraf door de verzekerde te worden ingediend, vergezeld van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts of medisch specialist.			
Bijzonderheden	Alleen middelen die zijn voorgeschreven door een behandelend arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant worden vergoed.			

ANTICONCEPTIE

(Genees)middelen voor anticonceptionele doeleinden

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100% tot 21 jaar	100% vanaf 21 jaar	100% vanaf 21 jaar	100% vanaf 21 jaar	100% vanaf 21 jaar
Omschrijving	<ul style="list-style-type: none"> - anticonceptiva; - hormoon bevattende spiraaltjes; - pessaria; - koperhoudende spiraaltjes. 			
Door wie?	Een apotheek.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	<p>Alleen middelen die zijn voorgeschreven door een behandelend arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, verpleegkundig specialist of physician assistant én die zijn aangeschaft bij een apotheek worden vergoed. Verzekerden tot 21 jaar ontvangen een vergoeding uit het Basispakket, vanaf 21 jaar is er alleen dekking in de aanvullende pakketten.</p> <p>Een eventuele eigen bijdrage (GVS-bijbetaling) voor de in deze rubriek genoemde (genees)middelen, wordt uitsluitend vergoed wanneer u een van de aanvullende verzekeringen heeft afgesloten.</p>			

Condoms

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	100%	0%	0%	0%
Omschrijving	PNO Ziektekosten vergoedt eenmaal per jaar een Durex condoompakket. Er is keuze uit drie pakketten: Durex Natural, Durex Mix en Durex Latexvrij.			
Door wie?	De Condomerie.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De condoms zijn te bestellen op www.condomerie.com/pno-durex . Alleen de drie bovengenoemde pakketten die besteld zijn via de website van de Condomerie worden vergoed.			

HULPMIDDELEN

Hulpmiddelen algemeen

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100% met eigen bijdragen of maximaal te vergoeden bedragen	0%	0%	0%	€ 500 per jaar voor eigen bijdragen

Omschrijving	<p>Onder welke voorwaarden, bij welke medische indicatie en eventueel bij welke leveranciers de hulpmiddelen kunnen worden aangeschaft, is nader uitgewerkt in het Reglement Hulpmiddelen van PNO Ziektekosten dat onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst kan worden toegestuurd. Het is tevens in te zien via onze website www.pnoziektekosten.nl.</p> <p>Aanspraak bestaat op verstrekking, vervanging, correctie of herstel van de volgende medische hulpmiddelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan; - uitwendige hulpmiddelen voor het geheel of gedeeltelijk opheffen van de gevolgen van functiestoornissen in het ademhalingsstelsel, met inbegrip van stoffen die met behulp van deze hulpmiddelen worden toegediend; - uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het bewegingssysteem; - uitwendige hulpmiddelen ter correctie van stoornissen van de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren (niet zijnde brillenglazen en filterglazen inclusief montuur en lenzen); - gehoorhulpmiddelen (hoortoestellen, oorstukjes, ringleidingen, infrarood of FM-apparatuur en tinnitusmaskeerders); - hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en bescherming (kappen ter bescherming van de schedel, verbandmiddelen, bandagelenzen zonder visuscorrigerende lenzen); - incontinentie absorptiematerialen; - hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden uitsluitend voor verzekerden tot 21 jaar (pessaria en koperhoudende spiraaltjes); - hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen (krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken, rollators, loopwagens, serveerwagens, stoelen met trippelfunctie en loopfietsen); - injectiespuiten of injectiepenningen en toebehoren; - uitwendige hulpmiddelen, te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe (elastische kousen en een aan/uittrekhelp); - hulpmiddelen bij diabetes; - draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren; - schoenvoorzieningen (verband schoenen en allergeenvrije schoenen), niet zijnde orthesen; - hulpmiddelen voor het toedienen van voeding; - uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken (teksttelefoon, beeldtelefoon). Er bestaat geen aanspraak op hulpmiddelen tegen stotteren; - hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering (waaronder de aansluitkosten van persoonlijke alarmeringsapparatuur); - uitwendige elektrostimulators met toebehoren tegen chronische pijn; - solo-apparatuur met toebehoren; - uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functie van het hematologisch systeem; - inrichtingselementen van woningen als u hierop langdurig bent aangewezen (géén sta-opstoelen); - blindengeleide- en hulphonden; - hulpmiddelen ter compensatie van onvoldoende arm-, hand-, en vingerfunctie; - de apparatuur voor thuisdialyse.
Door wie?	<p>U bent op grond van uw restitutiepolis vrij in de keuze van een leverancier. PNO Ziektekosten heeft, samen met een aantal andere zorgverzekeraars, met een aantal leveranciers kwaliteitsafspraken en prijsafspraken gemaakt. Een lijst van de betreffende leveranciers is op aanvraag verkrijgbaar. Zij is tevens in te zien via onze website www.pnoziektekosten.nl. Wij adviseren u zoveel mogelijk gebruik te maken van de op deze lijst vermelde leveranciers, omdat dit de doorlooptijd van uw aanvraag versnelt en u hiermee kunt voorkomen dat u eventueel een bedrag moet bijbetalen.</p>
Aanvraag en toestemming vooraf?	<p>Ja. U kunt dit aanvragen door middel van een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de behandelend arts of specialist. Aan de hand van de medische verklaring wordt bepaald of een vergoeding kan worden verstrekt.</p>
Bijzonderheden	<p>Vanuit de PNO Compleet kunnen de eigen bijdragen (deels) worden vergoed.</p> <p>Voor gehoorhulpmiddelen en pruiken is het mogelijk, afhankelijk van de afgesloten aanvullende verzekering, een aanvullende vergoeding te krijgen.</p>

Afstandsbediening voor een hoortoestel

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	Maximaal € 150 per aanschaf per verzekerde per 5 kalenderjaren	Maximaal € 300 per aanschaf per verzekerde per 5 kalenderjaren

Omschrijving	Een afstandsbediening is in dit geval een apparaat waarmee een hoortoestel niet ter plekke, maar vanaf een zekere afstand bestuurd, geregeld of bediend kan worden.
Door wie?	Een leverancier van gehoorhulpmiddelen.
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.
Bijzonderheden	Geen.

Hoortoestellen (extra vergoeding boven vergoeding uit Basispakket)

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
Zie Hulpmiddelen algemeen	0%	0%	Maximaal € 600 per toestel per aanschaf vanuit het Basispakket	Maximaal € 1.200 per toestel per aanschaf vanuit het Basispakket
Omschrijving	Hoortoestellen.			
Door wie?	Een leverancier van gehoorhulpmiddelen.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	De extra vergoeding wordt alleen gegeven wanneer er vanuit de Basisverzekering recht bestaat op vergoeding van een hoortoestel.			
Bijzonderheden	Vanuit de Basisverzekering geldt per toestel een maximaal te vergoeden bedrag. Bij de beoordeling wordt uitgegaan van een in uw situatie doelmatig toestel, hetgeen niet altijd betekent dat het meest geavanceerde (en veelal ook het duurste) toestel zal worden vergoed.			

Pruiken (extra vergoeding boven vergoeding uit Basispakket)

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
Zie Hulpmiddelen algemeen	0%	0%	€ 150 per aanschaf vanuit het Basispakket	€ 300 per aanschaf vanuit het Basispakket
Omschrijving	Pruiken.			
Door wie?	Een leverancier van pruiken.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	De extra vergoeding wordt alleen gegeven wanneer er vanuit de Basisverzekering recht bestaat op vergoeding van een pruik.			
Bijzonderheden	Vanuit de Basisverzekering geldt een maximaal te vergoeden bedrag. Daarboven is een extra vergoeding mogelijk die afhankelijk is van de gekozen aanvullende verzekering.			

Steunzolen en podotherapeutische supplementen

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	€ 150 per verzekerde per kalenderjaar	€ 150 per verzekerde per kalenderjaar	€ 150 per verzekerde per kalenderjaar	€ 200 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	Steunzolen en podotherapeutische supplementen.			
Door wie?	Een podotherapeut of een leverancier van orthopedische hulpmiddelen.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

Brillen en (contact)lenzen

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	€ 100 per twee kalenderjaren	0%	€ 150 per twee kalenderjaren	€ 250 per twee kalenderjaren
Omschrijving	Brillen en contactlenzen wanneer de ogen gecorrigeerd moeten worden in geval van ver- of bijziendheid. De vergoeding wordt gegeven voor brillenglazen, monturen en (geïmplanteerde) lenzen. De vergoeding wordt óók gegeven wanneer men de oogafwijking laat corrigeren door middel van refractiechirurgie (ooglaseren). De kosten van een reparatie aan een bril worden, bij de bepaling van de vergoeding, gezien als aanschafkosten.			
Door wie?	Een opticien.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Voor brillen en contactlenzen wordt per twee kalenderjaren een vergoeding gegeven. Deze twee jaren gaan in op 1 januari van het jaar waarin de eerste aanschaf is gedaan. Wanneer na de bedoelde twee jaar opnieuw rechten ontstaan, dan wordt de nieuwe periode geacht in te gaan op 1 januari van het jaar waarin de nieuwe te vergoeden bril of lens wordt aangeschaft. Contactlensvloeistof wordt niet vergoed.			

Anti-snurkapparatuur

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	0%	75%
Omschrijving	Apparatuur zoals een Snörex of een Activator.			
Door wie?	Een KNO-arts of orthodontist.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. U kunt deze aanvragen met een gemotiveerde schriftelijke verklaring van uw behandelend arts.			
Bijzonderheden	Geen.			

Plaswekker

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	100%	100%
Omschrijving	Plaswekker.			
Door wie?	Een leverancier van plaswekkers.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De aanschafkosten (of huurkosten) en de bijbehorende middelen worden vergoed. Een plaswekker komt alleen voor een kind van 5 jaar of ouder voor een vergoeding in aanmerking.			

Lichttherapielamp

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	100%	100%
Omschrijving	Lamp voor lichttherapie als behandeling tegen een winterdepressie.			
Door wie?	Een leverancier van thuiszorgartikelen.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. U kunt deze aanvragen met een gemotiveerde schriftelijke verklaring van uw behandelend arts.			
Bijzonderheden	De benodigde lichttherapielamp wordt in het algemeen in bruikleen verstrekt. U zult hiervoor een bruikleenovereenkomst moeten tekenen.			

Steunpessarium

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	100%	100%	100%
Omschrijving	Een ring voor bekkenbodemp Problemen.			
Door wie?	Een erkende leverancier, waaronder een medisch specialist of huisarts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

Alarmeringssysteem (abonnementskosten)

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	100%	100%
Omschrijving	Abonnementskosten bij het gebruik van een alarmeringssysteem.			
Door wie?	U bent op grond van uw restitutiepolis vrij in de keuze van een leverancier.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	De vergoeding wordt alleen gegeven wanneer er vanuit de Basisverzekering recht bestaat op vergoeding van de éénmalige aansluitkosten.			
Bijzonderheden	Alleen de abonnementskosten die noodzakelijk zijn om het alarmeringssysteem goed te laten functioneren worden vergoed. Extra abonnementen (bijvoorbeeld voor de thuiszorg) worden niet vergoed.			

ZORG IN VERBAND MET EEN GEBOORTE

Bevalling en kraamzorg

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100% maar met eigen bijdragen	0%	0%	Vergoeding van eigen bijdragen voor poliklinische bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg	Vergoeding van eigen bijdragen voor poliklinische bevalling zonder medische noodzaak en kraamzorg

Omschrijving	<p>PNO Ziektekosten vergoedt de kosten voor verloskundige hulp zoals verloskundigen die plegen te bieden en voor kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden.</p> <p>Verloskundige hulp omvat ook het Structurele Echoscopische Onderzoek (SEO), oftewel een tweede-trimesterecho voor alle zwangere vrouwen en de combinatietest (nekplooiemeting en serumtest) voor zwangere vrouwen van 36 jaar en ouder, of voor zwangere vrouwen jonger dan 36 jaar met een medische indicatie die is afgegeven door een huisarts, verloskundige of (medisch) specialist.</p> <p>PNO Kraamzorg Service regelt graag kraamzorg voor u bij een erkende kraamzorgorganisatie. U dient de kraamzorg minimaal vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aan te vragen. PNO Kraamzorg Service is tijdens kantooruren te bereiken op 088 66 89 707. U kunt ook online kraamzorg aanvragen op www.pnoziektekosten.nl/klantenservice/kraamzorg-aanvragen.</p>
Door wie?	Verloskundige hulp wordt geboden door een verloskundige, medisch-specialist of huisarts. Kraamzorg wordt geleverd door een aan het ziekenhuis of geboortecentrum verbonden kraamverzorgende of een zelfstandig werkende kraamverzorgende met een erkend diploma.
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.

Bijzonderheden	<p>De volgende situaties worden onderscheiden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis met medische noodzaak Indien en voor zover verblijf dan wel poliklinische hulp in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg, al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis. Deze kosten vallen onder de rubriek: zorg in het ziekenhuis en worden 100% vergoed uit het Basispakket. 2. Bevalling en/of kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische noodzaak of in een geboortecentrum Als de bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis plaatsvinden zonder medische noodzaak, of in een geboortecentrum, vergoedt PNO Ziektekosten voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, de kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg. Hiervoor geldt een eigen bijdrage voor zowel moeder als kind van € 16 per persoon per dag. Deze eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis of het geboortecentrum de € 112,50 per persoon per dag te boven gaat tenzij u een aanvullende verzekering PNO Extra of PNO Compleet heeft. Dan wordt deze eigen bijdrage wél vergoed. De vaststelling van het aantal opnamedagen gebeurt op basis van de opgave door het ziekenhuis of door het kraambureau dat kraamzorg verleent na ontslag uit het ziekenhuis. Voor de kraamzorg geldt een eigen bijdrage van € 4 per uur. Deze eigen bijdrage is voor uw rekening, tenzij u een aanvullende verzekering PNO Extra of PNO Compleet heeft. Dan wordt deze eigen bijdrage wél vergoed. 3. Bevalling en kraamzorg thuis Indien de bevalling en de kraamzorg thuis plaatsvinden, bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor: <ol style="list-style-type: none"> a. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling; b. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende, van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt op basis van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg vastgesteld en toegekend door het kraambureau in overleg met PNO Ziektekosten. Op de vergoeding blijft een eigen bijdrage van € 4 per uur zorg voor rekening van de verzekerde, tenzij u een aanvullende verzekering PNO Extra of PNO Compleet heeft. Dan wordt deze eigen bijdrage wél vergoed. <p>Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor de moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg zoals hiervoor onder de punten a en b genoemd, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de onder punt b genoemde termijn van ten hoogste tien dagen.</p>
-----------------------	--

Extra kraamzorg

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	100%	100%
Omschrijving	Er is sprake van extra kraamzorg wanneer er medische redenen zijn om meer zorg te leveren dan vanuit het Basispakket mogelijk is. Deze zorg wordt vergoed als u de aanvullende verzekering PNO Extra of PNO Compleet heeft afgesloten.			
Door wie?	Een aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgende of een zelfstandig werkende kraamverzorgende met een erkend diploma.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Toestemming vooraf voor extra kraamzorg is in alle gevallen vereist. Bij de aanvraag, die ook door een kraamcentrum mag worden ingediend, is een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de behandelend arts of van de verloskundige noodzakelijk.			
Bijzonderheden	Op grond van de ontvangen informatie zal worden bepaald voor hoeveel uur zorg nog vergoeding kan worden gegeven.			



Kraampakket

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	Maximaal € 35	Maximaal € 35	Maximaal € 35
Omschrijving	Een kraampakket (verband- en ontsmettingsmiddelen) bij thuisbevalling of poliklinische bevalling.			
Door wie?	Indien u het pakket aanschaft via PNO Ziektekosten, wordt het volledig vergoed. U kunt contact opnemen met PNO Kraamzorg Service op telefoonnummer 088 668 97 07. U kunt ook online een kraampakket aanvragen op www.pnoziektekosten.nl/klantenservice/kraamzorg-aanvragen . Als u het pakket elders aanschaft (bijvoorbeeld via de thuiszorgorganisatie), is het de bedoeling dat het pakket als één product wordt gekocht en afgenomen. U dient daarbij dan wel te zorgen voor een gespecificeerde en op naam gestelde nota.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

Hulp bij borstvoedingsproblemen/lactatiekundige

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	2 consulten per kalenderjaar	4 consulten per kalenderjaar
Omschrijving	Begeleiding door een lactatiekundige van vrouwen met borstvoedingsproblemen.			
Door wie?	Een gekwalificeerde lactatiekundige die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Hulpmiddelen voor borstvoeding worden niet vergoed.			

Bewakingsapparatuur wiegendood

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	100%, maximaal 18 maanden per 2 kalenderjaren	100%, maximaal 18 maanden per 2 kalenderjaren
Omschrijving	Huur van bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood.			
Door wie?	Een leverancier van bewakingsapparatuur of bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Toestemming vooraf voor huur van de bewakingsapparatuur is vereist. Bij de aanvraag is een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de behandelend arts noodzakelijk.			
Bijzonderheden	Geen.			

Geboortetens

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	0%	100%, maximaal 6 weken per bevalling
Omschrijving	Vergoeding van de huur van een apparaat dat wordt gebruikt voor pijnverlichting bij de bevalling.			
Door wie?	Leverancier van een Geboortetens.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Toestemming vooraf voor huur van het apparaat is vereist.			
Bijzonderheden	Geen.			

Sensormatje

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	0%	100%, één per pasgeborene
Omschrijving	Aanschafkosten van een sensormatje voor bewegings- en ademhalingsregistratie bij een pasgeborene.			
Door wie?	Leverancier sensormatjes.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	U kunt het matje aanschaffen vanaf vier weken voor de uiterekende bevallingsdatum tot maximaal drie maanden na de geboorte.			

HOSPICE OF THUISZORG VOOR LAATSTE LEVENSFASE

Hospice

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	100%	100%
Omschrijving	Hulp in een hospice of thuiszorg voor verzekerden die in hun laatste levensfase verkeren.			
Door wie?	Gekwalificeerde hulpverleners, werkzaam bij een thuiszorgorganisatie of in een hospice.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de behandelend arts is noodzakelijk.			
Bijzonderheden	Er kan alleen worden vergoed voor zover geen tegemoetkoming wordt verstrekt uit anderen hoofde, bijvoorbeeld op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De inkomensafhankelijke bijdrage in het kader van de AWBZ wordt niet vergoed.			

ZIEKENVERVOER

Vervoer per ambulance

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland.			
Door wie?	Een erkende ambulancevervoerder.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

Vervoer per (rolstoel)taxi, trein of bus, of eigen auto naar/van de plaats van behandeling

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
Alleen in de hieronder bij punt 1 tot en met 5 vermelde situaties en met een eigen bijdrage per kalenderjaar.	Vergoeding eigen bijdrage voor situaties die bij punt 1 tot en met 5 zijn vermeld.	Vergoeding eigen bijdrage in situaties die bij punt 1 tot en met 5 zijn vermeld.	Vergoeding eigen bijdrage in situaties die bij punt 1 tot en met 5 zijn vermeld. Vergoeding in andere situaties dan bij punt 1 tot en met 5 vermeld zijn, mits vooraf toestemming is verleend.	Vergoeding eigen bijdrage in situaties die bij punt 1 tot en met 5 zijn vermeld. Vergoeding in andere situaties dan bij punt 1 tot en met 5 vermeld zijn, mits vooraf toestemming is verleend.

Omschrijving	<p>Basispakket Vervoer van en naar de plaats waar u behandeld wordt, in een van de volgende situaties:</p> <ol style="list-style-type: none"> u moet nierdialyse ondergaan; u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan; u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen; uw gezichtsvermogen is zodanig beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen; buiten de hiervoor genoemde situaties kan een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule als in verband met de behandeling van een ziekte of aandoening langdurig zittend vervoer is aangewezen, en het niet verstrekken van dat vervoer onredelijk zou zijn. <p>In de situaties vermeld bij punt 1 tot en met 5, geldt een eigen bijdrage van € 93 per kalenderjaar. Deze eigen bijdrage wordt vergoed als u een aanvullende verzekering heeft afgesloten.</p> <p>Aanvullend pakket Vervoer binnen Nederland van en naar de plaats waar u behandeld wordt, in andere situaties dan vermeld in punt 1 tot en met 5, wordt vergoed als er een medische noodzaak bestaat om vervoerd te worden. Dat is het geval wanneer de behandelend arts of specialist een verbod heeft opgelegd zelfstandig te rijden of te reizen. Deze kosten worden alleen vergoed als u de aanvullende verzekering PNO Extra of PNO Compleet heeft.</p>			
Door wie?	Vervoersbedrijven en eventueel eigen vervoer. Om u optimaal van dienst te zijn, kan PNO Ziektekosten een taxibedrijf het vervoer voor u laten regelen. Indien u hiervan gebruik wilt maken, kunt u contact opnemen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30. In dat geval regelt het taxibedrijf ook de aanvraag bij PNO Ziektekosten.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja, in alle gevallen. Als u denkt in aanmerking te komen voor een vergoeding vanuit het Basispakket (zie de punten 1 tot en met 5 hierboven), dient een speciaal formulier te worden ingevuld, dat op aanvraag verkrijgbaar is of dat via onze website www.pnoziektekosten.nl is te downloaden. Aan de hand van de gegevens op dit formulier kan door PNO Ziektekosten beoordeeld worden of een vergoeding mogelijk is. In alle andere gevallen dienen declaraties vergezeld te gaan van een gemotiveerde aanvraag.			
Bijzonderheden	Bij de vergoeding van de kosten van openbaar vervoer wordt uitgegaan van de kosten in de laagste vervoersklasse. Bij vervoer met eigen auto wordt een vaste kilometerprijs van € 0,30 op de Basisverzekering en € 0,27 op de aanvullende verzekeringen aangehouden. PNO Ziektekosten gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route volgens de routeplanner Routenet.			

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)

Eerstelijnspsychologische zorg (niet specialistische geneeskundige GGZ)

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%, maximaal 5 zittingen per kalenderjaar	0%	0%	Vanaf 6e zitting, maximaal € 360 per verzekerde per kalenderjaar	Vanaf 6e zitting, maximaal € 810 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	Onder eerstelijnspsychologische zorg wordt verstaan kortdurende generalistische behandeling van lichte tot matig ernstige, niet complexe psychische problematiek. Op de vergoeding van eerstelijnspsychologische zorg is een eigen bijdrage van € 20 per zitting en € 50 voor een internetbehandeltraject voor rekening van de verzekerde.			
Door wie?	Een gezondheidszorgpsycholoog (BIG-geregistreerd), klinisch psycholoog (BIG-geregistreerd), kinder- en jeugdpsycholoog (NIP) of orthopedagoog-generalist (NVO).			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De volledige voorwaarden zijn vermeld in de overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektekosten 2012 die desgewenst kan worden toegestuurd. De overeenkomst is in te zien via onze website www.pnoziektekosten.nl . Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor behandeling van aanpassingsstoornissen.			

Behandeling van dyslexie

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	De vergoeding van kosten van de diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie voor kinderen van zeven jaar en ouder die basisonderwijs volgen, indien het diagnosticeren en behandelen geschiedt volgens het Protocol dyslexie diagnostiek en behandeling. De zorg wordt vergoed als de zorg in 2012 aanvangt op 7-, 8-, 9-, 10- of 11-jarige leeftijd.			
Door wie?	Gespecialiseerde praktijken en regionale instituten dyslexie, waarbij de eindverantwoordelijkheid voor diagnostiek en behandeling ligt bij gekwalificeerde psychologen en orthopedagogen. De hulp moet worden gegeven onder verantwoordelijkheid van een GZ-psycholoog of orthopedagoog die staat ingeschreven in het kwaliteitsregister voor gekwalificeerde behandelaars van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO) en als de diagnostiek en de behandeling worden verleend volgens het <i>Protocol dyslexie diagnostiek en behandeling</i> . Dit protocol kan worden opgevraagd bij het PNO Service Center en is ook in te zien op onze website www.pnoziektekosten.nl .			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De voorwaarden zijn vermeld in de overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektekosten 2012 die desgewenst kan worden toegestuurd. De overeenkomst is in te zien via onze website www.pnoziektekosten.nl .			

Psychiatrische ziekenhuisopname

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%, met eigen bijdrage	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	Specialistische psychiatrische behandeling en verblijf, al dan niet met verpleging en verzorging, in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, gedurende ten hoogste 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. Tevens de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Voor verblijf langer dan 31 dagen in verband met een specialistische psychiatrische behandeling geldt een eigen bijdrage van € 145 per maand als u 18 jaar of ouder bent. Deze eigen bijdrage geldt vanaf de 32ste dag van verblijf. Een onderbreking van maximaal zeven dagen geldt niet als onderbreking, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 31 dagen. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 31 dagen. Voor verblijf gedurende een gedeelte van de maand berekent PNO Ziektekosten de eigen bijdrage door € 145 te vermenigvuldigen met 12, te delen door 365 en de uitkomst hiervan te vermenigvuldigen met het aantal dagen van verblijf in die maand. Voor de behandeling tijdens de psychiatrische ziekenhuisopname geldt bovendien een eigen bijdrage voor behandeling (zie hierna bij Niet-klinische specialistische geestelijke gezondheidszorg).			
Waar?	Psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor: - behandeling van aanpassingsstoornissen; - psycho-analyse. Voor de psychiatrische ziekenhuisopname is een verwijzing nodig door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg. Voor kinderen bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b lid 5 AWBZ. De voorwaarden zijn vermeld in de overeenkomst Basisverzekering PNO Ziektekosten 2012 die desgewenst kan worden toegestuurd. De overeenkomst is in te zien via onze website www.pnoziektekosten.nl .			

Niet-klinische specialistische geestelijke gezondheidszorg

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100% met eigen bijdrage	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	<p>Ambulante of extramurale behandeling. De omvang van de zorg wordt begrensd door wat psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Tevens de bij de behandeling behorende verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Deze zorg omvat niet de eerstelijnspsychologische zorg.</p> <p>Als u 18 jaar of ouder bent, geldt voor specialistische geestelijke gezondheidszorg een eigen bijdrage.</p> <p>Voor behandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - € 100 voor een DBC tot 100 minuten; - € 200 voor een DBC vanaf 100 minuten. <p>Deze eigen bijdragen gelden per kalenderjaar. In totaal brengt PNO Ziektelasten maximaal € 200 eigen bijdrage per kalenderjaar in rekening voor de behandeling. Dit maximum van € 200 is dus zonder de eigen bijdrage die kan gelden voor verblijf (zie hierboven bij Psychiatrische ziekenhuisopname). De zorg waarop de eigen bijdrage van toepassing is, geldt als ontvangen op de datum waarop de DBC is geopend. Deze datum bepaalt dus ook aan welk kalenderjaar de DBC wordt toegerekend.</p> <p>Deze eigen bijdragen gelden niet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - voor de DBC's 'indirecte tijd' en 'crisis'; - voor mensen die opgenomen worden volgens de wet BOPZ; - voor behandeling, waarbij bemoeizorg de aanleiding is voor het starten (openen) van een DBC. 			
Door wie?	GGZ-instellingen, psychiaters/zenuwartsen, klinisch (neuro)psychologen of psychotherapeuten.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	<p>Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - behandeling van aanpassingsstoornissen; - psycho-analyse. <p>Voor de niet-klinische GGZ is een verwijzing nodig door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdgezondheidszorgarts of medisch-specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.</p> <p>Voor kinderen bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg nodig of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b lid 5 AWBZ.</p>			

ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

Alternatieve geneeswijzen/geneesmiddelen

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	Maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 200 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 350 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 600 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	<p>1. Alternatieve behandelingen (niet zijnde antroposofisch): Acupunctuur, chiropractie, enzymtherapie, flebologie/proctologie, haptotherapie, (klassieke) homeopathie, manuele geneeskunde, Moermantherapie, neuraaltherapie, natuurgeneeswijze, orthomanele geneeswijze, osteopathie, orthomoleculaire geneeskunde, podologie, podotherapie en shiatsu-therapie.</p> <p>2. Antroposofische behandelingen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Het consult van een arts-antroposoof; b. Dieet-, spraak-, kunstzinnige-, uitwendige- en badtherapie en heileuritmie. <p>3. Alternatieve geneesmiddelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - antroposofische farmaceutische producten; - fytotherapeutische farmaceutische producten; - homeopatische farmaceutische producten en - ongeregistreerde farmaceutische producten (niet-geneesmiddelen) die binnen de alternatieve geneeskunde worden gebruikt. <p>Deze geneesmiddelen dienen altijd door een arts te zijn voorgeschreven én door een apotheek te zijn afgeleverd.</p> <p>4. De kosten van onderzoeken in speciale laboratoria, die worden aangevraagd door alternatieve artsen, worden onder de noemer alternatieve geneeswijzen vergoed.</p>			
Door wie?	<p>De onder punt 1, punt 2a en punt 2b genoemde alternatieve behandelingen worden vergoed, als zij worden toegepast door een arts.</p> <p>De onder punt 1 en punt 2b genoemde behandelingen worden óók vergoed, als zij worden toegepast door een: gekwalificeerde zorgverlener, tandarts, fysiotherapeut, oefentherapeut (Cesar of Mensendieck), acupuncturist, klassiek homeopaat, haptotherapeut, chiropractor, osteopaat, podoloog en podotherapeut (geen pedicure).</p> <p>Voorwaarde is wel dat deze zorgverleners aangesloten zijn bij en voldoen aan de kwaliteitsvereisten van een beroepsorganisatie die voorkomt op de daartoe door PNO Ziektelasten gehouden lijst.</p>			

Deze lijst luidt als volgt:

Acupunctuur

- IFU (Internationaal Register voor klassieke acupunctuur)
- NAAV (Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging)
- NVA (Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur)
- ZHONG (Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde)

Alternatieve geneeswijzen

- ABNG-2000 (Artsenvereniging voor Biologische en Natuurlijke geneeskunde)
- ANTTT (Artsenvereniging voor niet-toxische Tumor Therapie)
- ANVAG (Algemene Nederlandse Vereniging voor Ayurveda Geneeskunde)
- BATC (Beroepsorganisatie Therapeuten & Belangen associatie Consumenten)
- BER (Bond van Europese Reflexologen)
- BHET (Beroepsvereniging voor Holistisch Energetisch werkende Therapeuten) *Alleen A- en B-leden worden vergoed.*
- BOVN (Beroepsvereniging Ontspanningstherapeuten en Voetreflexologen Nederland)
- BPHA (Beroepsgemeenschap voor Psychosociale Hulpverleners werkend vanuit de antroposofie)
- BVAT (Beroepsvereniging voor APS Therapie)
- BvK (Beroepsvereniging voor Kinesiologie)
- European Shiatsu Association, Sectie Nederland
- FAGT (Federatie voor Additief Geneeskundig Therapeuten)
- LVNG (Landelijke Vereniging Natuurlijke Geneeswijzen)
- MBOG (Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde)
- NBCG YI (Nederlandse Beroepsvereniging Chinese Geneeswijzen YI)
- NBVH (Nederlandse Beroepsvereniging voor Hypnotherapeuten)
- NCSV (Nederlandse CranioSacraal Vereniging)
- NGVH (Nederlands Gilde van Hypnotherapeuten)
- NOAG (Nederlandse Orde van Alternatieve Genezers)
- NOKH (Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten)
- NVAA (Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen)
- NVAF (Nederlandse Vereniging van Antroposofische Fysiotherapeuten)
- NVBT (Nederlandse Vereniging van Biodynamische Therapeuten)
- NVDA (Nederlandse Vereniging van Diëtisten werkzaam vanuit de Antroposofie)
- NVE (Nederlandse Vereniging voor Eurythmietherapie)
- NVKH (Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten)
- NVKT (Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapie op antroposofische grondslag)
- NVNR (Nederlandse Artsenvereniging voor Neuraal- en Regulatietherapie)
- NVOMG (Nederlandse Vereniging van artsen voor OrthoManuele Geneeskunde)
- NVPIT (Nederlandse Vereniging van Postural Integration Therapeuten)
- NVST (Nederlandse Vereniging van Soma Therapeuten)
- NVVM (Nederlandse Vereniging voor Mesologie)
- NWP (Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de natuurlijke geneeskunst)
- RCN (Register Craniosacraal therapie in Nederland)
- SAMPO (Vereniging van Actief Beeldende Therapeuten)
- VAOG (Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde)
- VBAG (Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijze) *Alleen A-leden worden vergoed.*
- VDv (Van Dixhoorn Vereniging)
- Het Verbond van Natuurgeneeskundig Therapeuten (voorheen VAG/NVGN)
- VGP (Vereniging van Genezers vanuit Psychosofia)
- VHAN (Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland)
- VIS (Vereniging voor Iokai Shiatsu-therapeuten)
- VIT (Vereniging van Integraaltherapeuten)
- VMT (Vereniging van Manueel Therapeuten)
- VNRT (Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten)
- VNT (Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten)
- VvK (Vereniging van & voor Kindertherapeuten)
- V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland antroposofische zorg)
- ZHONG (Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde)

Koepelorganisatie alternatieve zorg

- SRBAG (Stichting Registratie Beroepsbeoefenaren Aanvullende Gezondheidszorg) *Alleen registerartsen en registertherapeuten worden vergoed.*

Chiropractie

- CCA (Christelijke Chiropractie Associatie)
- DCF (Dutch Chiropractic Federation)
- NCA (Nederlandse Chiropractoren Associatie)
- SCN (Stichting Chiropractie Nederland)

Haptotherapie

- Haptotherapeuten, verbonden aan "Gezond Management B.V." Rotterdam
- NVPA Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen, vakgroep Haptotherapie
- VVH (Vereniging van Haptotherapeuten)

	Osteopathie - NOF (Nederlandse Osteopathie Federatie) - NRO (Nederlands Register voor Osteopathie) - NVO (Nederlandse Vereniging voor Osteopathie) Podotherapie - NVvP - Stichting Loop (Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten) - OPG (Omni-Podo Genootschap)
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.
Bijzonderheden	Met nadruk willen wij erop wijzen dat de betreffende lijst strikt wordt aangehouden. Alternatieve kuurbehandelingen worden niet vergoed.

PREVENTIEVE ZORG

Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	Maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 75 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 100 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	De gebruikelijke strikt medische preventie (geneesmiddelen en entstoffen) bij buitenlandse reizen en de niet medisch geïndiceerde griepinjecties.			
Door wie?	Een arts, apotheek of gezondheidsinstelling zoals de GG & GD en de Travel Clinic.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De kosten van bijvoorbeeld een vaccinatieboekje en muggenmelk worden niet vergoed.			

Begeleiding bij stoppen met roken

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	Zie vergoeding Preventiecurssussen (pagina 31)
Omschrijving	Basispakket Aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten van activiteiten ter ondersteuning bij het stoppen met roken. PNO Ziektekosten vergoedt de volgende vormen van zorg, afzonderlijk of in combinatie, voor zover die noodzakelijk zijn: 1. korte ondersteunende stopadviezen en stopgesprekken in gebruikelijke zorgcontacten door de huisarts, medisch-specialist of verloskundige. PNO Ziektekosten vergoedt de stopadviezen en stopgesprekken respectievelijk als huisartsenzorg, medisch- specialistische zorg en geboortezorg. 2. intensievere vormen van op gedragsverandering gerichte interventies (in een groep of individueel), bestaande uit een serie van ten minste vier contacten van ten minste tien minuten in een tijdsbestek van één tot enkele maanden: <ul style="list-style-type: none"> - gedragstherapie door een gezondheidszorgpsycholoog of klinisch psycholoog. PNO Ziektekosten vergoedt de kosten als eerstelijnspsychologische zorg; - intensievere begeleiding bij het stoppen met roken, zoals persoonlijke coaching, telefonische coaching en groepstraining, door een zorgverlener die geregistreerd staat in het kwaliteitsregister Stoppen met roken van het Partnership Stop met Roken. Het kwaliteitsregister stoppen met roken kunt u raadplegen via www.KwaliteitsregisterStopmetRoken.nl. Voor meer informatie kunt u ook contact opnemen met het PNO Service Center. 			
Door wie?	Korte ondersteunende stopadviezen worden gegeven door de huisarts, medisch-specialist of verloskundige, gedragstherapie door een gezondheidszorgpsycholoog of een klinisch psycholoog. Intensievere begeleiding door een zorgverlener die geregistreerd is in het Kwaliteitsregister Stoppen met roken.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De kosten van farmaceutische ondersteuning op voorschrift van de huisarts of medisch-specialist worden niet vergoed. PNO Ziektekosten vergoedt dus geen kosten van bijvoorbeeld nicotinevervangende zelfzorgmiddelen (pleisters, tabletten en kauwgom), nortriptyline en bupropion (Zyban®), beide voor de indicatie stoppen met roken, en varenicline (Champix®).			

Preventiecurussen en programma's voor stoppen met roken

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	0%	€ 200
Omschrijving	<p>PNO Ziektekosten vergoedt de kosten van de door haar erkende preventiecurussen en programma's voor stoppen met roken tezamen tot maximaal € 200 per jaar. Een overzicht van de erkende preventiecurussen kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnoziektekosten.nl.</p> <p>Programma's voor stoppen met roken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lasertherapie; - Allen Carr-training; - De Opluchting-training. 			
Door wie?	Een instelling die bovengenoemde erkende preventiecurussen of programma's voor stoppen met roken aanbiedt.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

Preventie van depressie

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	<p>Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van depressie op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van een subklinische depressie. Iemand heeft dan depressieve klachten maar nog niet voldoende om van een depressie te spreken.</p> <p>PNO Ziektekosten vergoedt de kosten voor maximaal vijf zittingen van de volgende therapievormen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cognitieve gedragstherapie, waaronder de programma's <i>Beating the Blues</i> en <i>Kleur je leven</i>; - interpersoonlijke therapie; - problem solving therapy. 			
Door wie?	Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	PNO Ziektekosten vergoedt de kosten als eerstelijnspsychologische zorg.			

Preventieve zorg bij overgewicht

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	<p>Als sprake is van een BMI van 25 – 30 kg/m², bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van algemene leefstijladviezen door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts.</p> <p>Aanspraak bestaat op vergoeding van een deel van de kosten van een gecombineerde leefstijlinterventie, zoals hierna beschreven. De gecombineerde leefstijlinterventie vindt plaats op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. een BMI van minimaal 30 kg/m², of 2. een BMI van 25 – 30 kg/m² in combinatie met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een verhoogd risico op diabetes mellitus type II, of een manifeste ziekte die samenhangt met het overgewicht. Het verhoogde risico of de samenhang met een ziekte is vastgesteld door de huisarts. <p>Een gecombineerde leefstijlinterventie is een samenhangend, door de huisarts begeleid zorgprogramma, dat gericht is op het aanwinnen en behouden van gezond gedrag. Het bestaat uit drie componenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - advisering over en begeleiding bij dieet; - advisering over en begeleiding bij beweging (alleen voor verzekerden tot 18 jaar); - gedragsverandering. 			
Door wie?	Huisartsenzorg: huisarts, praktijkondersteuner of leefstijladviseur in een huisartsenpraktijk.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	<p>De kosten van dieetadviesing door een diëtist(e) komen niet voor vergoeding in aanmerking.</p> <p>PNO Ziektekosten vergoedt de kosten van leefstijladviezen, begeleiding of advisering bij dieet en beweging door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts als huisartsenzorg.</p> <p>PNO Ziektekosten vergoedt de kosten van advisering over en begeleiding bij beweging door een fysiotherapeut of een oefentherapeut als fysiotherapie en oefentherapie.</p> <p>Als u 18 jaar bent of ouder, komen kosten voor advisering over of begeleiding bij beweging niet voor vergoeding in aanmerking.</p> <p>PNO Ziektekosten vergoedt de kosten gedragsverandering door een psycholoog als eerstelijnspsychologische zorg.</p>			

Preventie van problematisch alcoholgebruik

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	<p>Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van problematisch alcoholgebruik op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts, verloskundige of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid.</p> <p>PNO Ziektekosten vergoedt de kosten voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kortdurende motiverende gesprekken; - kortdurende preventieve interventies. <p>De interventies zijn gebaseerd op de therapeutische principes van motiverende gespreksvoering of cognitieve gedragstherapie. Onder meer de programma's <i>Minder drinken</i> en <i>De Drinktest</i>, aangeboden door het Trimbos Instituut, voldoen aan deze criteria.</p>			
Door wie?	<p>Motiverende gesprekken worden gevoerd door een huisarts.</p> <p>Kortdurende preventieve interventies worden uitgevoerd door een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.</p>			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	<p>Geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anonieme behandeling via internet; - preventieve zorg voor kinderen van ouders met een alcoholverslaving, als het kind niet zelf een verhoogd risico op problematisch alcoholgebruik loopt. <p>Kortdurende motiverende gesprekken worden vergoed als huisartsenzorg.</p> <p>Kortdurende preventieve interventies worden vergoed als eerstelijnspsychologische zorg. PNO Ziektekosten vergoedt maximaal vijf zittingen.</p>			

Preventie van paniekstoornis

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	<p>Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor zorg ter preventie van paniekstoornissen op verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist. Uit de verwijzing moet blijken dat sprake is van een subklinische paniekstoornis. Iemand heeft dan panieklachten maar er is geen sprake van een volwaardige paniekstoornis.</p> <p>PNO Ziektekosten vergoedt de kosten voor maximaal vijf zittingen van programma's op basis van cognitieve gedragstherapie, waaronder het programma <i>Geen Paniek</i>.</p>			
Door wie?	Een gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist verleent de zorg.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	<p>Geen aanspraak bestaat op vergoeding van het online programma <i>Fearfighter</i>.</p> <p>PNO Ziektekosten vergoedt de kosten als eerstelijnspsychologische zorg.</p>			

Gezondheidscheck-up

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	100%	100%	100%
Omschrijving	<p>Na bemiddeling door de PNO ZorgConsulent vergoedt PNO Ziektekosten een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit een medische vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie, bloeddrukmeting, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor de jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sport- of beweegkeuring. Deze keuring bestaat uit een medische vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat.</p> <p>U kunt contact opnemen met de PNO ZorgConsulent op werkdagen van 8.30 – 17.30 uur op het gratis telefoonnummer 0800 020 00 04.</p>			
Door wie?	Een door PNO Ziektekosten geselecteerde aanbieder.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Aanvraag door de PNO ZorgConsulent.			
Bijzonderheden	U ontvangt alleen een vergoeding wanneer de gezondheidscheck-up is geregeld door de PNO ZorgConsulent.			



VORMEN VAN THERAPIE

Beweegprogramma's voor mensen met kanker

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	80%	80%
Omschrijving	<ul style="list-style-type: none"> - Beweegprogramma <i>Herstel & Balans</i>, gericht op het verminderen van en het leren omgaan met (rest) klachten voor mensen met kanker, mits uitgevoerd door een instelling met een licentie van de stichting Herstel & Balans; - Beweegprogramma volgens de methode van <i>CytoFys</i>, <i>OncoMove of Sportplan Tegenkracht</i> tijdens een chemotherapie behandeling, onder begeleiding van een fysiotherapeut of Sport Medisch Adviescentrum. 			
Door wie?	Zie onder Omschrijving.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Het beweegprogramma <i>Herstel & Balans</i> moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts.			

Warmwatergroepstherapie

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	Maximaal € 150 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 200 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	De zorg omvat in groepsverband zwemmen in extra verwarmd water voor mensen met een ernstig probleem in het bewegingsapparaat.			
Door wie?	Onder auspiciën van een patiëntenvereniging door een fysiotherapeut of oefentherapeut.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de behandelend arts is noodzakelijk. Aan de hand van de medische indicatie wordt bepaald of een vergoeding wordt verstrekt.			
Bijzonderheden	Geen.			

Huidtherapie: elektrische epilatie en laserontharing

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	Zie vergoeding Huidtherapie PNO Budget	Maximaal € 1.000 per verzekerde voor de duur van de verzekering	Maximaal € 1.500 per verzekerde voor de duur van de verzekering
Omschrijving	Elektrische epilatie of laserontharing: behandeling van vrouwelijke verzekerden met ontsierende haargroei in het gelaat en/of de hals.			
Door wie?	Elektrische epilatie en laserontharing kunnen alleen vergoed worden indien uitgevoerd door een gekwalificeerde huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH), bij een gekwalificeerd schoonheidsspecialiste, die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of wanneer de behandeling plaatsvindt in een gekwalificeerde instelling waaraan een dermatoloog is verbonden.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de behandelend arts is noodzakelijk. Aan de hand van de medische indicatie wordt bepaald of een vergoeding wordt verstrekt.			
Bijzonderheden	Geen.			

Huidtherapie: acnebehandeling en camouflagetherapie en andere dermatologische behandelingen

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	Zie vergoeding Huidtherapie PNO Budget	Maximaal € 350 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 500 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	<p>Acnebehandeling: huidtherapie bij actieve ernstige acne in het gelaat of peeling bij genezen acne met sterk ontsierende littekens in het gelaat.</p> <p>Camouflagetherapie: lessen in camouflage van sterk ontsierende littekens of huidvlekken in het gelaat en/of de hals, inclusief de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's en crèmes, poeders en dergelijke. Ook tepelhortatoeage is een vorm van camouflage.</p> <p>Overige dermatologische therapieën voor zover de kosten daarvan niet vallen onder de reguliere tariefstructuur.</p>			
Door wie?	Een dermatoloog, een gekwalificeerde huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of een gekwalificeerd schoonheidsspecialiste, die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de behandelend arts is noodzakelijk. Aan de hand van de medische indicatie wordt bepaald of een vergoeding wordt verstrekt.			
Bijzonderheden	De aanschafkosten van producten (zoals crèmes) bij acnebehandelingen worden niet vergoed.			

Huidtherapie PNO Budget

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	Maximaal € 200 per verzekerde per kalenderjaar	Zie bovenstaande vergoedingen voor huidtherapie	Zie bovenstaande vergoedingen voor huidtherapie
Omschrijving	Elektrische epilatie en laserontharing: behandeling van vrouwelijke verzekerden met ontsierende haargroei in het gelaat en/of de hals. Acnebehandeling: huidtherapie bij actieve ernstige acne in het gelaat of peeling bij genezen acne met sterk ontsierende littekens in het gelaat. Camouflagetherapie: lessen in camouflage van sterk ontsierende littekens of huidvlekken in het gelaat en/of de hals, inclusief de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's en crèmes, poeders en dergelijke. Ook tepelhofatoeage is een vorm van camouflage. Overige dermatologische therapieën voor zover de kosten daarvan niet vallen onder de reguliere tariefstructuur.			
Door wie?	Een dermatoloog, een gekwalificeerde huidtherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) of een gekwalificeerd schoonheidsspecialiste, die lid is van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS).			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de behandelend arts is noodzakelijk. Aan de hand van de medische indicatie wordt bepaald of een vergoeding wordt verstrekt.			
Bijzonderheden	De aanschafkosten van producten (zoals crèmes) bij acnebehandelingen worden niet vergoed.			

Behandeling van ernstig overgewicht

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
Zie de vergoedingen voor specialistische behandelingen in het ziekenhuis (pagina 9)	0%	0%	50%, tot een maximum bedrag van € 1.750 per verzekerde voor de duur van de verzekering	50%, tot een maximumbedrag van € 3.500 per verzekerde voor de duur van de verzekering
Omschrijving	Behandeling in een gespecialiseerde kliniek op het gebied van ernstig overgewicht.			
Door wie?	Een obesitaskliniek of een aan een ziekenhuis verbonden afdeling.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Een gemotiveerde schriftelijke verklaring van de behandelend arts is noodzakelijk. Aan de hand van de medische indicatie wordt bepaald of een vergoeding wordt verstrekt.			
Bijzonderheden	Geen.			

Behandeling door een pedicure

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	0%	Maximaal € 230 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	Behandeling van diabetische of reumatische voet.			
Door wie?	Een gekwalificeerde pedicure, die in het bezit is van de aantekening diabetische voet respectievelijk reumatische voet.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Toestemming vooraf is in alle gevallen vereist. Bij de aanvraag moet een gemotiveerd voorschrift van de behandelend arts worden ingediend, waaruit blijkt dat er sprake is van ernstige voetklachten bij een diabetische of reumatische voet.			
Bijzonderheden	Geen.			

Overgangsconsulent

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	Maximaal € 75 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 175 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	Begeleiding van vrouwen met overgangsklachten.			
Door wie?	Een gekwalificeerde overgangsconsulent die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig OvergangsConsulenten (VVOG).			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

GENEESKUNDIGE HULP IN HET BUITENLAND

Spoedeisende hulp

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100% op basis van Nederlandse tarieven	100% voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen	100% voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen	100% voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen	100% voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen
Omschrijving	<p>Spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studiedoeleinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal twaalf maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan: medisch noodzakelijke en bij vertrek redelijkerwijs niet voorzienbare behandelingen die geen enkel uitstel toelaten omdat vanuit medisch oogpunt gezien direct ingrijpen vereist is. PNO Ziektekosten biedt uit de Basisverzekering overal ter wereld dekking van spoedeisende hulp tot maximaal de kosten die in Nederland gemaakt hadden moeten worden. Als de zorg in het buitenland dus duurder is dan in Nederland, dan dekt PNO Ziektekosten deze maar ten dele uit de Basisverzekering. Een aanvullende ziektekostenverzekering van PNO Ziektekosten kan dan uitkomst bieden. De aanvullende verzekering dekt niet het verplichte en eventuele vrijwillige eigen risico. Een reisverzekering is aan te raden in verband met niet medische kosten, zoals die van repatriëring van familieleden en andere persoonlijke hulpverlening.</p>			
Door wie?	De kosten kunnen alleen worden vergoed wanneer het gaat om hulp door hulpverleners of hulpverlenende instanties, die ook in Nederland onder de polisvoorwaarden van de PNO-ziektekostenverzekering inclusief eventuele aanvullende verzekering(en) valt.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	<p>Bij ziekenhuisopname in het buitenland of een medische noodsituatie die plotseling ontstaat, kunt u contact opnemen met de alarmcentrale PNO Zorgassistance, telefoon +31 (0)88 668 97 71 voor het regelen van de zorg waarvoor de Basisverzekering dekking biedt.</p> <p>Voor het regelen van zorg uit de aanvullende pakketten bent u verplicht direct contact op te nemen met PNO Zorgassistance. Daarbij dient u uw burgerservicenummer en de naam van de verzekeringnemer op te geven. Ook voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kunt u contact opnemen.</p> <p>Dit burgerservicenummer staat ook vermeld op de achterzijde van uw PNO-verzekeringsspas. De alarmcentrale regelt bemiddeling en financiële garantiestelling als tijdens vakantie, zakenreis, studiedoeleinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal twaalf maanden buiten Nederland, een ziekenhuisopname noodzakelijk is of op medisch gebied een noodsituatie ontstaat. De betaling van de kosten vindt plaats door de alarmcentrale. De alarmcentrale brengt deze vervolgens bij PNO Ziektekosten in rekening. Door het inschakelen van de alarmcentrale hoeft u zelf geen kosten voor te schieten.</p> <p>PNO Ziektekosten vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij voor 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.</p>			

Alarmcentrale PNO Zorgassistance

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	100%	100%	100%	100%
Omschrijving	De zorg omvat bemiddeling en financiële garantiestelling als tijdens vakantie, zakenreis, studiedoel-einden of ander tijdelijk verblijf van maximaal twaalf maanden buiten Nederland, een ziekenhuisopname noodzakelijk is of op medisch gebied een noodsituatie ontstaat.			
Door wie?	PNO Zorgassistance.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	U dient bij een ziekenhuisopname of in geval van een noodsituatie contact op te nemen met de PNO Zorgassistance, waar men de hulpverlening ter hand zal nemen. PNO Zorgassistance is te bereiken op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 71.			

Hulp in het buitenland met het doel om daar een medische behandeling te ondergaan

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100% maar wel op basis van Nederlandse tarieven	100% voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen	100% voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen	100% voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen	100% voor zover de kosten de Nederlandse tarieven overstijgen
Omschrijving	De zorg omvat reguliere poliklinische hulp of reguliere klinische hulp, die onder medisch specialisten als gebruikelijk wordt beschouwd.			
Door wie?	De kosten kunnen alleen worden vergoed wanneer het gaat om hulp door hulpverleners of hulpverlenende instanties, die ook in Nederland onder de polisvoorwaarden van uw PNO-ziektekostenverzekering, inclusief eventuele aanvullende verzekering(en) valt.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Voor reguliere klinische hulp (een ziekenhuisopname) en reguliere (poli)klinische hulp in een privé-kliniek. Om te kunnen beoordelen of er toestemming gegeven kan worden voor het declareren van de kosten, dient u vóóraf het volgende te overleggen: a. een verklaring van de behandelend specialist in Nederland, waaruit blijkt dat de behandeling geen uitstel duldt, en dat in Nederland geen mogelijkheden voorhanden zijn om de behandeling tijdig te laten plaatsvinden en b. een aanvraag door het buitenlandse ziekenhuis of de privé-kliniek, waaruit blijkt welke behandeling zal plaatsvinden, hoe lang de opname naar verwachting zal duren en wat de kosten zullen zijn.			
Bijzonderheden	De gemaakte kosten worden volledig betaald, met dien verstande dat bij zorg die onder de Basisverzekering valt niet meer wordt vergoed dan wat er in Nederland gebruikelijk is. Houdt u er dus rekening mee, dat zonder een aanvullende verzekering, een deel van de kosten voor eigen rekening kan komen. PNO Ziektekosten vergoedt nota's van buitenlandse zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij voor 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.			

Repatriëring

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	Maximaal € 7.500 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 7.500 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 7.500 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 7.500 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	De zorg omvat het medisch noodzakelijke vervoer van de verzekerde. Tevens omvat de zorg het vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde naar Nederland.			
Door wie?	PNO Zorgassistance.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Men dient bij een repatriëring contact op te nemen met de PNO Zorgassistance, waar men de hulpverlening ter hand zal nemen. PNO Zorgassistance is te bereiken op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 71.			

DIVERSEN

Second Opinion

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
100%	0%	0%	0%	0%
Omschrijving	De mening van een specialist of huisarts over een eerder door een andere specialist of huisarts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling.			
Door wie?	Een medisch specialist of een huisarts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Voor begeleiding en advies bij het regelen van een second opinion kunt u contact opnemen met de PNO ZorgConsulent, bereikbaar op werkdagen van 8.30-17.30 uur op het gratis telefoonnummer 0800 020 00 04.			

Family Care

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	Maximaal € 200 per verzekerde, één keer per jaar	Maximaal € 500 per verzekerde, één keer per jaar
Omschrijving	<p>Vervangende mantelzorg Als u chronisch ziek of gehandicapt bent en uw eigen mantelzorgers zijn afwezig om medische redenen of door vakantie, dan regelt en vergoedt PNO Ziektekosten vervangende mantelzorg. De Stichting Mantelzorgvervangend Nederland "Handen-in-Huis" verleent de zorg. Een aanvraag voor de vervangende mantelzorg kunt u indienen bij de PNO ZorgConsulent.</p> <p>Kinderopvang Als u als ouder in een ziekenhuis wordt opgenomen, vergoedt PNO Ziektekosten vanaf de vierde opnamedag de kosten van kinderopvang. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. Als u dat wilt, kan PNO Ziektekosten de kinderopvang voor u regelen.</p> <p>Dierenopvang PNO Ziektekosten vergoedt de kosten van opvang van uw huisdieren wanneer u in het ziekenhuis wordt opgenomen. Het moet gaan om opvang die wordt geboden door hondenuitlaatbedrijven, dierenhotels of dierenpensions. Bovendien kan alleen worden uitgekeerd na het overleggen van officiële rekeningen.</p>			
Door wie?	<p>Vervangende mantelzorg: Stichting Mantelzorgvervangend Nederland 'Handen in Huis'. Kinderopvang: een door de bevoegde instantie erkende instelling verleent de kinderopvang. Dierenopvang: hondenuitlaatbedrijven, dierenhotels of dierenpensions.</p>			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja, voor vervangende mantelzorg dient u eerst contact op te nemen met de PNO ZorgConsulent.			
Bijzonderheden	Voor het regelen van de vervangende mantelzorg en kinderopvang kunt u contact opnemen met de PNO ZorgConsulent, bereikbaar op werkdagen van 8.30-17.30 uur op het gratis telefoonnummer 0800 020 00 04.			

Sport Medisch Adviescentrum

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	Maximaal € 150 per verzekerde per jaar	0%	0%	Maximaal € 150 per verzekerde per jaar
Omschrijving	Een blessureconsult bij een Sport Medisch Adviescentrum.			
Door wie?	Een Sport Medisch Adviescentrum.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	De kosten van een (sport)keuring worden niet vergoed. Uit de rekening moet duidelijk zijn voor welke blessure er een consult is aangevraagd.			

Herstellingsoord/zorghotel

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	Maximaal € 150 per dag	Maximaal € 150 per dag
Omschrijving	Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel.			
Door wie?	Een door PNO Ziektekosten erkend herstellingsoord of zorghotel. Een overzicht van de erkende herstellingsoord en zorghotels kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnoziektekosten.nl .			
Aanvraag en toestemming vooraf?	<p>Ja. Het verblijf moet plaatsvinden op voorschrift van huisarts of specialist en moet medisch noodzakelijk zijn vanwege één van de volgende redenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - herstel van ziekte bij het ontbreken van adequate verzorging thuis; - herstel na een specialistische behandeling als somatische zorg en/of observatie noodzakelijk is; - herstel na mentale overbelasting (overspannenheid); - het leren leven met een handicap en het steun bieden bij het opbouwen van een toekomstperspectief. 			
Bijzonderheden	Geen.			

Kuuroord

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	Maximaal € 500 per verzekerde per kalenderjaar	Maximaal € 1.000 per verzekerde per kalenderjaar
Omschrijving	Een kuurbehandeling in verband met reuma of een reumatische aandoening in Nederland of in het buitenland.			
Door wie?	Een gekwalificeerd kuurcentrum.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van huisarts of specialist en medisch noodzakelijk zijn vanwege één van de volgende indicaties: <ul style="list-style-type: none"> - de ziekte van Bechterew; - reumatoïde artritis; - artritis psoriatica. 			
Bijzonderheden	De kosten van privé-uitgaven en vervoer van het woonadres van de verzekerde naar het vliegveld (en terug) of naar een kuuroord in Nederland, worden niet vergoed.			

Reiskosten ziekenbezoek

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	100%	100%
Omschrijving	Vervoer in verband met ziekenbezoek aan een meeverzekerd gezinslid dat is opgenomen in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland (niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis).			
Door wie?	Niet van toepassing.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. De verzekerde kan zelf een aanvraag indienen.			
Bijzonderheden	Het moet gaan om een langdurige opname (vier weken of meer) en de af te leggen afstand tussen het woonadres en de instelling moet minimaal 40 kilometer bedragen. De vergoeding wordt gebaseerd op een bedrag per kilometer van € 0,30 of op de kosten van openbaar vervoer in de laagste klasse. PNO Ziektekosten gaat bij het vaststellen van de vergoeding uit van de optimale route volgens de routeplanner Routenet.			

Ouderverblijf bij opname kind

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	€ 12,50 per dag, maximaal € 260 per kalenderjaar	100%	100%
Omschrijving	De zorg omvat een noodzakelijk verblijf van ouders in het ziekenhuis of een aan het ziekenhuis voor dat doel verbonden instelling (bijvoorbeeld een Ronald McDonaldhuis), in geval van opname van een op de polis verzekerd kind.			
Door wie?	Een verblijfhuis, verbonden aan een ziekenhuis.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. De ouders kunnen zelf schriftelijk een aanvraag indienen.			
Bijzonderheden	Geen.			

Bijzondere vergoedingen, als er reglementair geen aanspraak bestaat

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
Vast te stellen door PNO Ziektekosten	Vast te stellen door PNO Ziektekosten	Vast te stellen door PNO Ziektekosten	Vast te stellen door PNO Ziektekosten	Vast te stellen door PNO Ziektekosten
Omschrijving	In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op vergoeding van de kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze verzekering als vaststaat dat deze zorg naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt.			
Door wie?	Te bepalen door PNO Ziektekosten.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja. Een bijzondere vergoeding of tegemoetkoming op grond van de coulanceregeling moet u voor aanvang van een behandeling schriftelijk aanvragen bij PNO Ziektekosten. Dit verzoek moet zo uitvoerig mogelijk gedocumenteerd worden, met een voorschrift en duidelijke indicatiestelling van de behandelend huisarts, tandarts of medisch specialist. Heeft de bewuste behandeling al plaatsgevonden voordat u uw verzoekschrift hebt ingediend dan wordt in principe afwijzend beslist. De medische noodzaak kan dan namelijk niet meer door de adviserend geneeskundige of adviserend tandarts worden beoordeeld. Wacht altijd eerst de beslissing van PNO Ziektekosten op uw verzoek om een bijzondere tegemoetkoming af, alvorens met de behandeling te beginnen.			
Bijzonderheden	Wat is een bijzondere vergoeding? Als er geen aanspraak bestaat op een reglementaire vergoeding of tegemoetkoming op grond van uw polisvoorwaarden kan PNO Ziektekosten op grond van de coulanceregeling besluiten een bijzondere vergoeding of tegemoetkoming te verlenen. Voorwaarde is daarbij dat het gaat om een voor betrokkene strikt noodzakelijke medische behandeling of behandelwijze en deze zorg niet bij of krachtens de wet is uitgesloten.			

Basisarts

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	0%	0%	0%	100% tot een maximum van € 35 per consult
Omschrijving	Een basisarts is een arts die de artsenopleiding heeft afgerond, maar daarna geen specialisatie tot huisarts of medisch specialist heeft gevolgd. De zorg omvat consulten door een basisarts, die niet vallen binnen de alternatieve geneeswijzen.			
Door wie?	Een basisarts.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	Geen.			

Reïntegratie

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	45%	45%	45%	45%
Omschrijving	Een integraal programma, gericht op behoud en/of herstel van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer van een bij PNO Ziektekosten aangesloten werkgever.			
Door wie?	Een op het gebied van reïntegratie gespecialiseerd bedrijf, één en ander te beoordelen door PNO Ziektekosten.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Ja.			
Bijzonderheden	De aanvraag moet worden ingediend door de werkgever, de bedrijfsarts of de ARBO-dienst, onder overlegging van de medische indicatie tot behandelen, en het behandelplan.			

Verhaalsbijstand bij letselschade door een ongeval

Basispakket	PNO Be Young	PNO Budget	PNO Extra	PNO Compleet
0%	Maximaal € 12.500	Maximaal € 12.500	Maximaal € 12.500	Maximaal € 12.500
Omschrijving	U kunt onder bepaalde voorwaarden gebruik maken van bijstand bij verhaal van letselschade op een aansprakelijke derde. Bij verhaal van letselschade kan onder meer gedacht worden aan kosten van zorg die niet door PNO Ziektekosten worden vergoed, omdat deze niet onder de dekking van de verzekering vallen, maar ook aan smartengeld en/of inkomensschade. PNO Ziektekosten vergoedt de totale kosten van bijstand, inclusief de kosten van het voeren van een procedure, tot maximaal € 12.500. Een reglement met daarin alle voorwaarden kunt u aanvragen bij PNO Verhaalszaken of raadplegen op www.pnoziektekosten.nl . Voor meer informatie, het aanvragen en regelen van deze verhaalsbijstand kunt u contact opnemen met PNO Verhaalszaken.			
Door wie?	PNO Verhaalszaken.			
Aanvraag en toestemming vooraf?	Nee.			
Bijzonderheden	PNO Verhaalszaken is te bereiken tijdens kantooruren op het telefoonnummer 030 639 62 64.			

PNO Ziektekosten
Postbus 459
3990 GG Houten
030 639 62 62
www.pnoziektekosten.nl

PNO | Ziektekosten
Mediageniek