

Algemene verzekerings- voorwaarden SZVK 2021

Basis Pakket en Uitbreiding Basis Pakket





Inhoud

Artikel 1.	Begripsomschrijvingen	5
Artikel 2.	Verplichtingen van de deelnemer	14
2.1.	Bijzondere regels	14
2.2.	Indeling in verpleegklasse	14
2.3.	Procedure bij aanmelding	14
2.4.	Het melden van wijzigingen	14
2.5.	Het aanvragen van machtigingen	14
2.6.	Overige verplichtingen van de deelnemer	15
Artikel 3.	Omvang van de dekking	15
Artikel 4.	Basisvoorzieningen Basispakket	16
4.1.	Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke Gezondheidszorg)	16
4.2.	Dialyse	17
4.3.	Transplantaties	17
4.4.	Mechanische beademing	18
4.5.	Revalidatie	18
4.6.	Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	19
4.7.	Verblijf in een instelling	20
4.8.	Farmaceutische zorg en dieetpreparaten	21
4.10.	Fysiotherapie en oefentherapie	23
4.11.	Logopedie	24
4.12.	Behandeling door of vanwege de huisarts	24
4.13.	Gecombineerde leefstijlinterventie	24
4.14.	Bevalling en kraamzorg	24
4.15.	Tandheelkundige verstrekkingen en vergoedingen	26
4.16.	Vervoer	28
4.17.	Erfelijkheidsonderzoek	29
4.18.	Audiologische zorg	29
4.19.	Diëtetiek	30
4.20.	Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen	30
Artikel 5.	Bijzondere aanspraken Basispakket	30
5.1.	Buitenlanddekking	30
5.2.	Gezichtsbehandelingen	31
5.3.	Alternatieve geneeskunde	32
5.4.	Orthoptische behandelingen door een orthoptist	32
5.5.	Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	32
5.6.	Sterilisatie	32
5.7.	Flebologische behandeling	32
5.8.	Invitrofertilisatie (IVF)	32
5.9.	Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen	33
5.10.	Preventieve geneeskunde	33
5.11.	Oedeemtherapie	33
5.12.	Podotherapie en pedicure voor diabetici en reumapatiënten	33
5.13.	Stottertherapie	33
5.14.	Plastische chirurgie	34
5.15.	Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel	34
5.16.	Huur van apparatuur voor uitwendige geneeswijzen	34
5.17.	Ergotherapie	34
5.18.	Hospicezorg	34
5.19.	Preventieve inenting en malariapillen	34
5.20.	Griepvrij	34
5.21.	Huishoudelijke hulp	34
5.22.	Verblijfkosten in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek of familiehuis Daniël den Hoed	35



Artikel 6.	Wlz-aanspraken	35
Artikel 7.	Uitbreiding Basispakket	35
7.1.	Genees- en verbandmiddelen	35
7.2.	Hartrevalidatie	35
7.3.	Overige verstrekkingen en vergoedingen	35
7.4.	Tandheelkundige verstrekkingen en vergoedingen	37
7.5.	Voltooiing behandeling na beëindiging actieve dienst	38
7.6.	Functionele indicatie	38
7.7.	Obductie	38
Artikel 8.	Declaratie van kosten	38
8.1.	Geldend maken van aanspraken	38
8.2.	Inzenden van nota's	38
8.3.	Uitbetaling van vergoedingen of tegemoetkomingen	39
8.4.	Uitsluitingen van vergoeding	40
8.5.	Fraude	41
8.6.	Hardheidsbepaling	41
Artikel 9.	Overige bepalingen	41
9.1.	Vrije keuze van zorgaanbieders en instellingen	41
9.2.	Opname in een hogere dan de verzekerde klasse	41
9.3.	Begin en einde van de dekking	41
9.4.	Telefonische en mondelinge informatie	41
9.5.	Kennisgevingen	41
Artikel 10.	Duur en einde van de verzekering	42
Artikel 11.	Premiebetaling	42
Artikel 12.	Rechtsbescherming	42



Artikel 1. Begripsomschrijvingen

Acute zorg

Medisch noodzakelijke zorg, die geen uitstel gedooft.

AMA

Algemeen Militair Arts.

AMAR

Algemeen militair ambtenarenreglement.

Ambulancevervoer

De deelnemer heeft aanspraak op medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland door een ambulancevervoerder met een vergunning op grond van de Wet ambulancevoorzieningen.

Antroposofische en homeopathische geneesmiddelen

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

Apotheekhoudend huisarts

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

Apotheker

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

Arts

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

Audiologisch centrum

Een instelling, die als zodanig is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) of indien in werking getreden de Wet toetreding zorgaanbieders.

Audiologische zorg

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

Bedrijfsarts

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

Begeleiding bij het stoppen met roken

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

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

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

Burgerservicenummer (BSN)

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



Bijna-Thuis-Huis

Een Bijna-Thuis-Huis is een huis, waar deelnemers die ongeneeslijk ziek zijn, kunnen verblijven in de laatste periode van hun leven. Wanneer thuis verzorgd worden niet (meer) mogelijk is en een verpleeghuis niet noodzakelijk is, kan een Bijna-Thuis-Huis door de huiselijke sfeer een goede plek zijn. In een Bijna-Thuis-Huis is de (eigen) huisarts medisch verantwoordelijk.

Bruikleen

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

Buitenland

Buiten het Europees deel van het Koninkrijk der Nederlanden.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsadvies

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

Dagverpleging

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

Deelnemer

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

Defensie

ministerie van Defensie.

DGO

Defensie Gezondheidszorg Organisatie.

Diagnose-behandelcombinatie (dbc)

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

Dienstenstructuur

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

Diëtist

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



Eigen bijdrage

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

Ergotherapeut

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

EU- / EER-landen

Hieronder worden, behalve het Europese deel van het Koninkrijk der Nederlanden, de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (het Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Barthélemy, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

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

Fraude

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

Fysiotherapeut

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

Functionele indicatie

Er is sprake van een functionele indicatie als de militair bij het uitoefenen van de taak of functie, waarvoor de militair door zijn commandant is aangewezen, een beperking heeft, die alleen kan worden opgeheven door de verstrekking van een specifiek hulpmiddel of door een specifieke heelkundige ingreep. Meer informatie is te vinden in artikel 7.6. en het Reglement functionele indicatie SZVK.

Geboortecentrum

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

Geriatrische revalidatie

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

Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR)

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

Gezondheidszorgpsycholoog

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



Gecontracteerde zorg

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

Generalistische basis GGZ

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

Gespecialiseerde GGZ

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

GGZ

Geestelijke gezondheidszorg.

GGZ-instellingen

Instellingen, die geneeskundige zorg leveren in verband met een psychiatrische aandoening, en die als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) of indien in werking getreden de Wet toetreding zorgaanbieders.

Hospicezorg

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

Huisarts

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

Hulpmiddelen

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

Instelling

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

Invitrofertilisatiepoging (IVF)

Zorg volgens de invitrofertilisatiemethode, inhoudende:

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

Kaakchirurg

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

Kinder- en jeugdpsycholoog

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

Klinisch psycholoog

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



KNMG

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

Kraamverzorgende

Een kraamverzorgende, die is geregistreerd bij het Kenniscentrum Kraamzorg.

Kosten

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

Kraampakket

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

Kraamverzorgende

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

Kraamzorg

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

Kraamzorgorganisatie

Een volgens de wet als zodanig toegelaten instelling.

Laboratoriumonderzoek

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

Lactatiekundige

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

Leefstijlcoach

Leefstijlcoach die is ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) of een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach.

Logopedist

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

Maatschappij

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

Machtiging

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

Medisch adviseur

Een arts, die de maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch-specialist

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



Medisch-specialistische zorg

Zorg of onderzoek, die in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is en behoort tot het specialisme waarvoor de medisch-specialist is ingeschreven.

Medische noodzaak

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

MGD

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

Mondhygiënist

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

Nederland

Het Europees deel van het Koninkrijk der Nederlanden.

Niet-klinische medisch-specialistische zorg

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

NZa

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

Obductie

Een obductie is een onderzoek naar de doodsoorzaak.

Oefentherapeut Cesar/Oefentherapeut Mensendieck

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

Opname

Verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

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

Orthoptist

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

Pakket Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK)

Het ziektekostenverzekeringspakket bestaande uit:

- Het basispakket;
- De uitbreiding op het basispakket.



Pedicure

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

Podotherapeut

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

Preconceptiezorg

Onder preconceptiezorg wordt verstaan:

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

Psychiater

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

Psychotherapeut

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

Rationele farmacotherapie

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

Revalidatie

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

Stafarts

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

Stichting

De Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK).

Tandheelkundig adviseur

Een tandarts, die de maatschappij in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

Tandarts

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

Tandprotheticus

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



Techniekkosten

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

UR-geneesmiddel

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

Verblijf

Opname met een duur langer dan 24 uur.

Verdragsland

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

Verificatie

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

Verloskundige

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

Verpleegkundige

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

Verpleegkundig-specialist

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

Verwijsbrief

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

Verwijskaart

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

Verzekerdnummer

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

Verzekeringsbewijs

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

VMA

Verantwoordelijk Militair Arts.

VWS

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Telefoonnummer: 0900-899 82 25.
Internetadres: www.bigregister.nl.

Wlz

Wet langdurige zorg.



Wmg

De wet marktordening gezondheidszorg regelt welke prijs door zorgaanbieders bij de zorgverzekeraars mag worden gedeclareerd.

Wmg-tarieven

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

Zelfstandig behandelcentrum (ZBC)

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

Ziekenhuis

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

Zorgaanbieders

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

Zorggroep

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

Zorgverzekeraars Nederland

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



Artikel 2. Verplichtingen van de deelnemer

2.1. Bijzondere regels

Als er niets anders is bepaald, hebben de regels in dit artikel voorrang boven de andere regels in deze verzekeringsvoorwaarden. Als hoofdregel geldt: De deelnemer moet zich voor geneeskundige en tandheelkundige zorg alsmede geestelijke gezondheidszorg melden bij de Militair Geneeskundige Dienst (MGD) (zie Beleidsaanwijzing Militaire Gezondheidszorg DMG/003). Alleen in acute situaties en in gevallen, waarin de MGD de zorg niet kan bieden, mag van burgerfaciliteiten gebruik worden gemaakt. In de kosten van acute behandelingen in de civiele sector wordt alleen een tegemoetkoming verleend als het volgende van toepassing is:

- a. Er wordt binnen 48 uur melding van de behandeling gemaakt aan de verantwoordelijke militaire arts van de voor de deelnemer aangewezen Militair Geneeskundige Dienst;
- b. Bij een tandheelkundige behandeling dient er sprake te zijn geweest van acute pijnklachten of de noodzaak tot het treffen van noodmaatregelen tot behoud van een element op zaterdag, zondag of feestdagen, dan wel van het (in het algemeen) niet beschikbaar zijn van de aan de deelnemer aangewezen militaire tandarts of burger contract-tandarts.

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

- Bij contact met een civiele zorgaanbieder (arts, fysiotherapeut e.d.) of zorginstelling (zoals een ziekenhuis) dient de deelnemer:
 - a. Een geldig bewijs van inschrijving te tonen;
 - b. De aan hem meegegeven verwijskaart te tonen;
 - c. Opgave te doen van de naam en het adres van de militaire arts naar wie de medische informatie (huisartsenbrief) moet worden verstuurd;
- De deelnemer mag alleen gebruik maken van civiele zorgaanbieders als de Militair Geneeskundige Dienst (MGD) en met name het Centraal Militair Hospitaal (CMH) niet in staat zijn om de noodzakelijke hulp te verlenen. De militaire arts zal in dat geval een verwijsbrief en een verwijskaart verstrekken aan de militair en een kopie verwijskaart naar de maatschappij sturen;
- De deelnemer heeft alleen recht op vergoeding van tandheelkundige zorg verleend door de Defensie Tandheelkundige Dienst. Om voor vergoeding in aanmerking te komen voor civiele tandheelkundige zorg, is een verwijskaart noodzakelijk van de militaire tandarts. Voor parodontale zorg Dutch Periodontal Screening Index-B (DPSI-B) of vergelijkbare categorie in de nieuwe European Federation of Periodontology (EFP) classificatie verleend door de mondhygiëniste en orthodontische zorg is een verwijsbrief van een Defensie tandarts noodzakelijk, maar geen verwijskaart. Noodhulp in de avond en het weekend wordt vergoed.

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

2.2. Indeling in verpleegklasse

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

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

2.3. Procedure bij aanmelding

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

2.4. Het melden van wijzigingen

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

2.5. Het aanvragen van machtigingen

- 2.5.1. Indien voor de toekenning of tegemoetkoming vooraf verstrekking van een machtiging is vereist, is de deelnemer verplicht vooraf zorg te dragen voor de aanvraag van de machtiging. De aanvraag dient te zijn ondertekend door de behandelend arts of tandarts.



- 2.5.2. In het geval dat er sprake is van verblijf in een ziekenhuis van meer dan 21 dagen, moet een verzoek tot voortgezet ziekenhuisverblijf bij de maatschappij worden ingediend, onder opgave van de reden van verdere medisch-specialistische behandeling en verblijf in een ziekenhuis. Op het moment dat niet langer medische gronden voor medisch-specialistische hulp in combinatie met verblijf in een ziekenhuis aanwezig zijn, dient dit direct aan de maatschappij te worden gemeld.
- 2.5.3. Indien een machtiging naar tijdsduur is beperkt of voor een bepaald aantal behandelingen is verleend en verlenging noodzakelijk is, moet de deelnemer ervoor zorgdragen dat tijdig een verlenging van de machtiging wordt gevraagd.
- 2.5.4. Indien de deelnemer de maatschappij kan aantonen, dat het niet tijdig aanvragen van de machtiging of van de verlenging van de machtiging het gevolg is van omstandigheden die het hem redelijkerwijs onmogelijk maakten aan zijn verplichtingen te voldoen, kunnen bij wijze van uitzondering de in artikel 2.5.1. bedoelde vergoedingen of tegemoetkomingen worden uitgekeerd, indien naar het oordeel van de medisch adviseur of van de tandheeskundig adviseur de machtiging of de verlenging daarvan alsnog kan worden verleend.

2.6. Overige verplichtingen van de deelnemer

- 2.6.1. De deelnemer is verplicht:
- De behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur;
 - Aan de maatschappij, haar medisch adviseur of aan hen die met controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
 - Indien de opname of behandeling het gevolg is van een ongeval, dit direct te melden aan de maatschappij en de maatschappij behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
 - Bij niet-klinische medisch-specialistische behandeling, waaronder mede wordt verstaan fysiotherapie en oefen-therapie, een verwijsbrief van de behandelend geneeskundige te overleggen, waaruit blijkt dat poliklinische zorg en/of vervoer medisch noodzakelijk is (geweest). Voor behandeling door een oogarts is geen verwijsbrief nodig. In geval van een plastisch chirurgische behandeling dient deze behandeling van tevoren te worden aangevraagd bij en te zijn goedgekeurd door de maatschappij.
- 2.6.2. Bij het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen behoeft de maatschappij geen kosten te vergoeden.

Artikel 3. Omvang van de dekking

3.1. Het pakket SZVK is als volgt opgebouwd:

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

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

3.3. De maatschappij dekt de kosten van de in de artikelen 4. tot en met 7. aangegeven medische behandelingen en middelen, indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat en volgens de in deze artikelen aangegeven andere voorwaarden. Daarnaast gelden de in artikel 2. opgenomen verplichtingen.

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



vergoeding verleend conform de Lijst maximale vergoedingen fysiotherapie SZVK, de Lijst maximale vergoedingen oefentherapie SZVK, de Lijst maximale vergoedingen diëtetiek SZVK of de Lijst maximale vergoeding ergotherapie SZVK. Als er geen Wmg-tarieven gelden en er is geen lijst maximale vergoedingen van toepassing, dan worden de kosten vergoed tot de maximaal in Nederland geldende marktconforme tarieven.

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

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

Artikel 4. Basisvoorzieningen Basispakket

4.1. Medisch-specialistische zorg (exclusief Geestelijke Gezondheidszorg)

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

Onder medisch-specialistische zorg is ook begrepen:

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

De volgende bepalingen gelden:

- a. Indien opname plaatsvindt in een hogere klasse worden de kosten vergoed tot het bedrag dat voor verpleging en behandeling zou zijn berekend in de klasse waarop de deelnemer recht heeft (zie ook artikel 4.7. Verblijf in een instelling);
- b. De deelnemer is voor medisch-specialistische zorg in eerste instantie aangewezen op het Centraal Militair Hospitaal (CMH). Als het CMH de deelnemer doorverwijst voor een behandeling zoals onderstaand vermeld, vindt de deelnemer de door de maatschappij op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg gecontracteerde zorgaanbieders in het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders in de Zorgzoeker op www.szvk.nl/vergoedingen/zorgaanbieders. Dit betekent dat de maatschappij bepaalde medisch-specialistische zorg alleen inkoopt bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria;
- c. Er is een verwijfskaart noodzakelijk van een huisarts, verpleegkundig-specialist, physician assistant (PA), SEH-arts (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch-specialist of kaakchirurg, GGD-arts, klinisch fysisus audioloog, klinisch technoloog of arts-assistent;
- d. Indien er sprake is van een onacceptabele wachttijd voor medisch-specialistische zorg kan er contact opgenomen worden met Univé Afdeling Zorgadvies en bemiddeling telefoonnummer: (088) 131 16 17;
- e. Voor een aantal medisch-specialistische behandelingen is voorafgaande schriftelijke toestemming van de maatschappij vereist. Deze behandelingen staan op de Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg. De lijst is raadpleegbaar op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: (072) 527 76 77.



Onder medisch-specialistische zorg is ook begrepen:

- a. Tot 1 juli 2022 behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten van uitgezaaid melanoom irresectabel stadium IIIc en stadium IV, voor zover de deelnemer deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- b. Tot 1 oktober 2022 borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover de deelnemer deelneemt aan hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- c. Van 1 januari 2016 tot 1 december 2020 behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met percutane transforaminale endoscopische discectomie, voor zover de deelnemer deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- d. Van 1 april 2016 tot 1 augustus 2022 dendritische cel vaccinaties bij patiënten met stadium IIB en IIIc melanoom na complete resectie, voor zover de deelnemer deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- e. Van 1 oktober 2016 tot 1 januari 2022 sacrale neuromodulatie voor therapieresistente, functionele obstipatie met vertraagde darmassage, voor zover de deelnemer deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- f. Van 1 januari 2017 tot 1 januari 2023 geïntensifieerde, alkylerende chemotherapie met stamceltransplantatie voor de behandeling van patiënten van 18 tot en met 65 jaar met BRCA1-like, stadium III borstkanker, voor zover de deelnemer deelneemt aan onderzoek zoals hieronder vermeld;
- g. Van 1 oktober 2017 tot 1 oktober 2022 combinatiebehandeling van cytoreductieve chirurgie en hypertherme intraperitoneale chemotherapie bij patiënten met zowel maagcarcinoom als synchrone buikvliesmetastasen of tumorpositief buikvocht, voor zover de deelnemer deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- h. van 1 april 2019 tot 1 april 2023 CardioMEMS arteria pulmonalis monitoring bij patiënten met chronisch hartfalen New York Heart Association klasse III met recidiverende ziekenhuisopnamen, voor zover de deelnemer deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- i. van 1 oktober 2019 tot 1 oktober 2023, de behandeling met Binamed medische zilverkleding of Dermacura antibacterieel verbandkleding van kinderen en volwassenen met matig tot ernstig constitutioneel eczeem, voor zover de deelnemer deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- j. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027, hypertherme intraperitoneale chemotherapie toegevoegd aan primaire debulking bij patiënten met stadium III ovariumcarcinoom voor zover de deelnemer deelneemt aan het hoofdonderzoek zoals hieronder vermeld;
- k. Van 1 januari 2020 tot 1 januari 2027 nusinersen voor de behandeling van patiënten met 5q spinale spieratrofie die 9,5 jaar en ouder zijn, voor zover de deelnemer deelneemt aan het onderzoek zoals hieronder vermeld.

Onder onderzoek wordt verstaan:

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

De Minister van VWS heeft de mogelijkheid om viermaal per jaar zorg aan te merken als voorwaardelijk toegelaten zorg. Het is mogelijk dat bovengenoemd overzicht niet actueel is. Het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op moment van vaststellen en drukken van deze verzekeringsvoorwaarden. Het meest actuele overzicht is opgenomen in artikel 2.2. van de Regeling zorgverzekering. De Regeling zorgverzekering is raadpleegbaar op www.szv.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: (072) 527 76 77.

4.2. Dialyse

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

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

4.3. Transplantaties

De kosten van transplantatie van weefsels en organen verricht door een medisch-specialist in een ziekenhuis uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie, EER-lidstaat of het land van plaatsing. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land dan voornoemd, heeft de deelnemer alleen recht op deze zorg als de donor de echtgenoot, geregistreerd partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en



in dat land woont. De geneeskundige zorg omvat tevens de vergoeding van specialistische geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor, specialistische geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van transplantatiemateriaal bij de gekozen donor en het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend na schriftelijke toestemming vooraf door de maatschappij. Vergoed worden tevens de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor de deelnemer is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende ten hoogste 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de desbetreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

Verder komen voor vergoeding in aanmerking het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis. Het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een deelnemer in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten worden niet vergoed. Als de donor een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft afgesloten, komen de kosten van vervoer van de donor, zoals hiervoor vermeld, voor rekening van de zorgverzekering van de donor. Als de donor geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft afgesloten, komen de kosten van vervoer van de donor, zoals hiervoor vermeld, voor rekening van de SZVK zorgverzekering.

4.4. Mechanische beademing

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

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

4.5. Revalidatie

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

- a. Deze zorg voor de deelnemer als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat en
- b. De deelnemer met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

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

4.5.2. Revalidatie kan plaatsvinden:

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

4.5.3. Revalidatie

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



4.5.4. Geriatrische revalidatie

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

1. De zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12. van het Besluit zorgverzekering, waarbij dat verblijf niet is vooraf gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg;
2. De deelnemer een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid en de deelnemer voorafgaand medisch-specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater, internist ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het verrichten van het geriatrische assessment, ook als geen ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden;
3. De zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12. van het Besluit zorgverzekering. Geriatrische revalidatie wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

4.6. Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

4.6.1. Generalistische basis (GB) GGZ

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

De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De interventies die hieraan voldoen zijn opgenomen in de Lijst therapieën GGZ. In deze lijst staat welke therapieën wel en niet voldoen en in welke situaties ze mogen worden toegepast. Het overzicht is raadpleegbaar op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: (072) 527 76 77.

Deze zorg wordt verleend door een zorgaanbieder die een kwaliteitsstatuut GGZ heeft, dat is geregistreerd op de website GGZ Kwaliteitsstatuut. In het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is opgenomen wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg. Dit is de regiebehandelaar. De regiebehandelaar kan zijn:

1. Regiebehandelaar GB GGZ vrijgevestigd zijn: een klinisch (neuro) psycholoog, psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog;
2. Regiebehandelaar GB GGZ in een instelling zijn: klinisch (neuro)psycholoog, psychotherapeut en gezondheidszorgpsycholoog, psychiater, de specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts met profielregistratie KNMG, klinisch geriater, of verpleegkundig-specialist. Onder eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag een deel van de zorg ook worden verleend door een zorgaanbieder, die is opgenomen in de DBC-beroepentabel GGZ van de NZa;
3. Regiebehandelaar GB GGZ voor een behandeling gestart onder de Jeugdwet zijn: kinder- en jeugdpsycholoog NIP of orthopedagoog-generalist NVO. Zij mogen alleen regiebehandelaar zijn voor een eerste behandeling (eerste prestatie) als de deelnemer 18 jaar is geworden.

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

Voorschrijfvereisten

De deelnemer moet zich in eerste instantie wenden tot de MGD/MGGZ. Voor generalistische basis GGZ is een verwijfskaart van een huisarts, bedrijfsarts, medisch-specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts) noodzakelijk. Indien de deelnemer GGZ ontving op basis van de Jeugdwet en geen verwijfsbrief heeft van een van hierboven genoemde verwijzers, dan heeft de deelnemer een nieuwe verwijfskaart nodig.

Uitgesloten behandelingen

De deelnemer heeft geen recht op:

- Zorg bij leerstoornissen;
- Zelfhulp;
- Preventie en dienstverlening;
- Intelligentieonderzoek.



4.6.2. Niet-klinische gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van de behandeling. De activiteiten moeten voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandeldoel te realiseren. Ook moeten de activiteiten plaatsvinden onder aansturing van de regiebehandelaar. De regiebehandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk.

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

De behandeling (interventie) moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De interventies die hieraan voldoen zijn opgenomen in de Lijst therapieën GGZ. In deze lijst staat welke therapieën wel en niet voldoen en in welke situaties ze mogen worden toegepast. Het overzicht is raadpleegbaar op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: (072) 527 76 77.

De zorg wordt verleend door een zorgaanbieder die een kwaliteitsstatuut GGZ heeft, dat is geregistreerd op de website GGZ Kwaliteitsstatuut. In het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is opgenomen wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van de zorg. Dit is de regiebehandelaar. De regiebehandelaar kan zijn:

1. Regiebehandelaar SGGZ vrijgevestigd zijn: psychiater, klinisch (neuro) psycholoog, psychotherapeut;
2. Regiebehandelaar SGGZ in een instelling zijn: psychiater, klinisch (neuro) psycholoog, psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts met profielregistratie KNMG, klinisch geriater of verpleegkundig-specialist. Onder eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag een deel van de zorg ook worden verleend door een zorgaanbieder, die is opgenomen in de DBC-beroepentabel GGZ die is vastgesteld door de NZa;
3. Regiebehandelaar SGGZ voor een behandeling gestart onder de Jeugdwet zijn: kinder- en jeugdpsycholoog NIP en orthopedagoog-generalist NVO. Zij mogen alleen regiebehandelaar zijn voor een eerste behandeling (eerste prestatie) als de deelnemer 18 jaar is geworden. De deelnemer kan zijn vordering op de maatschappij voor niet-klinische gespecialiseerde GGZ niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie de maatschappij geen overeenkomst heeft gesloten. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

Voorschrijfvereisten

De deelnemer moet zich in eerste instantie wenden tot de MGD/MGGZ. Voor niet-klinische geestelijke gezondheidszorg is een voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, medisch-specialist, psychiater, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts) noodzakelijk. Indien de deelnemer GGZ ontving op basis van de Jeugdwet en geen verwijfskaart heeft van een van hierboven genoemde verwijzers, dan heeft de deelnemer een nieuwe verwijfskaart nodig.

Uitgesloten behandelingen

De deelnemer heeft geen recht op:

- Zorg bij leerstoornissen;
- Zelfhulp;
- Preventie en dienstverlening.

4.7. Verblijf in een instelling

Er is aanspraak op vergoeding van de kosten voor medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met huisartsenzorg, verloskundige zorg, medisch-specialistische zorg, gespecialiseerde GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een onafgebroken periode van maximaal 3 jaar (1095 dagen). Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging en paramedische zorg. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 3 jaar (1095 dagen). Onderbrekingen door weekend- en vakantie- verlof tellen wél mee voor de berekening van de 3 jaar.

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



De volgende bepalingen gelden:

- De deelnemer heeft vooraf toestemming nodig als sprake is van gespecialiseerde GGZ met verblijf. Verstrikt binnenkort de termijn waarvoor toestemming is gegeven? Dan moet de deelnemer opnieuw toestemming aanvragen. De deelnemer kan samen met zijn zorgaanbieder toestemming aanvragen met het "Formulier gespecialiseerde GGZ met verblijf". Vraag de toestemming ten minste 2 maanden voor het verstrijken van de termijn aan zodat de deelnemer zeker weet dat de aanvraag op tijd wordt verwerkt. Het formulier is te vinden op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: (072) 527 76 77;
- Indien er sprake is van een verblijf in een ziekenhuis van meer dan 21 dagen, moet een verzoek tot voortgezet ziekenhuisverblijf bij de maatschappij worden ingediend, onder opgave van de reden van verdere medisch-specialistische behandeling en verblijf in een ziekenhuis;
- Op het moment dat niet langer medische gronden voor medisch-specialistische hulp in combinatie met verblijf in een ziekenhuis aanwezig zijn, dient dit direct aan de maatschappij te worden gemeld;
- Indien er sprake is van een onacceptabele wachttijd voor een opname kan er contact opgenomen worden met Univé Afdeling Zorgadvies en -bemiddeling telefoonnummer: (088) 131 16 17;
- De deelnemer kan zijn vordering op de maatschappij voor gespecialiseerde GGZ met verblijf niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie de maatschappij geen overeenkomst heeft gesloten. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

4.8. Farmaceutische zorg en dieetpreparaten

4.8.1. De kosten van farmaceutische zorg conform de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen alsmede de kosten van andere geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet, op voorwaarde dat het rationele farmacotherapie betreft, zoals omschreven in artikel 2.8., eerste lid, sub b. van het Besluit zorgverzekering worden vergoed. Voorwaarde hierbij is dat de middelen zijn afgeleverd op voorschrift van een huisarts, medisch-specialist, tandarts, orthodontist, kaakchirurg, verloskundige, physician assistant of verpleegkundige onder verantwoordelijkheid van een apotheker of apothekhoudend huisarts, tenzij de maatschappij anders bepaalt. Farmaceutische zorg omvat ook advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem GVS van toepassing. Een geneesmiddel dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. De SZVK kan in afwijking van het voorgaande besluiten om slechts vergoeding te verlenen voor het daartoe door de maatschappij in het Reglement farmaceutische zorg SZVK aangewezen geregistreerde geneesmiddel, tenzij het aangewezen geneesmiddel voor de deelnemer volgens de behandelend arts niet medisch is verantwoord.

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

De deelnemer heeft recht op niet-geregistreerde geneesmiddelen als er sprake is van rationele farmacotherapie. De deelnemer heeft recht op de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen:

1. Apotheekbereidingen (op maat gemaakte medicijnen);
2. Geneesmiddelen die de arts speciaal voor de deelnemer bestelt bij een fabrikant met een fabrikantenvergunning als bedoeld in de Geneesmiddelenwet;
3. Geneesmiddelen die niet in Nederland op de markt zijn, maar op verzoek van de behandelend arts worden ingevoerd. De deelnemer heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als hij een zeldzame aandoening heeft, die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. De deelnemer heeft alleen recht op deze niet-geregistreerde geneesmiddelen als deze conform de bepalingen in artikel 7.1. worden geleverd door een militaire apotheek.

Tijdelijk geneesmiddelentekort

Als een geregistreerd geneesmiddel in Nederland niet of onvoldoende geleverd kan worden, heeft de deelnemer recht op een vervangend geneesmiddel uit het buitenland. Dit geneesmiddel moet met toestemming van de Inspectie van de Gezondheidszorg of met een tijdelijke vergunning van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen uit het buitenland zijn gehaald.



- 4.8.2. De kosten van de polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten worden uitsluitend vergoed voor een deelnemer die niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en die:
- Lijdt aan een stofwisselingsstoornis;
 - Lijdt aan een voedselallergie;
 - Lijdt aan een resorptiestoornis;
 - Lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop of;
 - Daarop is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

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

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

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

Voorschrijf- en toestemmingsvereisten

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

Bijzonderheden

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

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

4.9. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

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

Daar waar de maatschappij dit heeft aangegeven in het Reglement hulpmiddelen SZVK, is voor aanschaf, vervanging, herstel of bruikleen van het desbetreffende hulpmiddel, voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. Sommige groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling



zorgverzekering functiegericht omschreven. Dit betekent dat de maatschappij in het reglement kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wil de deelnemer een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen, maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen SZVK opgenomen, kan de deelnemer een aanvraag bij de maatschappij indienen.

- 4.9.2 Aanspraak op vergoeding van vervanging van batterijen voor het hoortoestel kan worden gemaakt op grond van artikel 7.3.2..
- 4.9.3. Voor hoortoestellen geldt, in afwijking van de in artikel 4.9.1. genoemde regeling, een maximum vergoeding van € 950 per hoortoestel. Indien het hoortoestel is opgenomen in een brilmontuur wordt deze maximum vergoeding verhoogd met € 66.
- 4.9.4. Voor optische hulpmiddelen, geleverd door een erkende leverancier, wordt alleen een tegemoetkoming of vergoeding toegekend, indien er een verwijskaart is van een militair huisarts of militair specialist.
- Een tegemoetkoming in de kosten van aanschaf of vervanging van contactlenzen, brillenglazen en brilmonturen van in totaal maximaal € 250 per tijdvak van twee kalenderjaren. Bij de gespecificeerde declaratie moet een brilvoorschrift van een opticien, optometrist, huisarts of medisch-specialist worden overlegd. Het tijdvak van twee kalenderjaren vangt aan per 1 januari van het kalenderjaar, waarin voor het eerst kosten zijn gemaakt. Indien binnen een kalenderjaar geen kosten worden gedeclareerd, vangt een nieuw tijdvak aan per 1 januari van het jaar, waarin opnieuw kosten worden gemaakt. Voor de aanschaf of vervanging van optische hulpmiddelen, waarvoor volgens het gestelde in dit artikel een tegemoetkoming wordt verleend, is geen voorafgaande machtiging van de maatschappij nodig;
 - Indien prismatische of lenticulaire glazen zijn voorgeschreven, worden de extra kosten van het aanbrengen van deze voorzieningen vergoed;
 - Bij tussentijdse wijziging van de sterkte gedurende het onder 4.9.4. sub a. genoemde tijdvak bestaat geen aanspraak op een extra tegemoetkoming voor vervanging van brillenglazen en contactlenzen, indien daarmede de onder 4.9.4. sub a. genoemde maximum vergoeding wordt overschreden;
 - Vergoeding van de naar het oordeel van de maatschappij noodzakelijke kosten van brillenglazen en contactlenzen bij aanschaf of bij vervanging binnen 12 maanden na een eerdere aanschaf. Voorafgaand aan die aanschaf of vervanging is machtiging van de maatschappij vereist. Bij de aanvraag dient een gemotiveerde verklaring van de behandelend oogarts te worden overgelegd. De in dit artikel bedoelde indicaties zijn:
 - Ernstige hoornvliesonregelmatigheden;
 - Bijzondere medische indicaties ter beoordeling van de maatschappij;
 - <-6 of >+6 dioptrieën;
 - Grote verschillen (> 4 dioptrieën) in sterkte tussen linker- en rechteroog (anisometropie);
 - Sterke cilindervorming (hoog astigmatisme) van > 4 dioptrieën;
 - Contactlensenvloeistof wordt slechts vergoed als er sprake is van een onder 4.9.4. sub d. genoemde medische indicatie voor contactlenzen. De vergoeding bedraagt maximaal € 50 per kalenderjaar;
 - Vergoeding van de kosten van bandagelenzen (zonder visuscorrigerende werking) en bijzondere optische hulpmiddelen voor rechtstreekse waarneming als bedoeld in het Reglement hulpmiddelen SZVK. Voorafgaand aan de aanschaf of vervanging van deze hulpmiddelen is machtiging van de maatschappij vereist. Bij de aanvraag dient een gemotiveerde verklaring van de behandelend oogarts te worden overgelegd;
 - De verwijskaart van de huisarts of medisch-specialist mag niet ouder zijn dan drie maanden op de datum van levering van de desbetreffende optische hulpmiddelen en op de factuur dient de sterkte van de glazen of lenzen vermeld te staan. Reparatiekosten voor optische hulpmiddelen komen niet voor toekenning van enige tegemoetkoming in aanmerking. De deelnemer dient zich voor het verkrijgen van een voorschrift van bandagecontactlenzen te wenden tot de oogarts van het Centraal Militair Hospitaal.

4.10. Fysiotherapie en oefentherapie

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

N.B.: Alternatieve bewegingstherapieën zijn gedekt overeenkomstig alternatieve geneeswijzen (artikel 5.3.). Onder fysiotherapie wordt niet verstaan: haptonomie, zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie. Individuele behandeling dan wel groepsbehandeling, die er slechts toe strekken om de conditie door middel van training te bevorderen komen eveneens niet voor vergoeding in aanmerking.



4.11. Logopedie

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

4.12. Behandeling door of vanwege de huisarts

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

4.13. Gecombineerde leefstijlinterventie

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

4.14. Bevalling en kraamzorg

4.14.1. Bevalling thuis of in een ziekenhuis of een geboortecentrum:

- a. Volledige vergoeding van het honorarium voor verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- b. - Zonder medische noodzaak: Volledige vergoeding van de kosten voor het gebruik van een verloskamer in een ziekenhuis of een geboortecentrum;
- Met medische noodzaak: Volledige vergoeding van de verblijfskosten voor moeder en kind tezamen in het geboortecentrum of de verzekerde klasse van het ziekenhuis;
- c. Vergoeding van kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, van minimaal 24 uur tot maximaal 80 uur binnen een periode van tien dagen direct aansluitend op de bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraamcentrum. Het kraamcentrum bepaalt het recht op het aantal uren kraamzorg op basis van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg staat op de website van de SZVK. Deze kraamzorg moet ten minste vier maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum worden aangevraagd. Meer informatie over het aanvragen van kraamzorg vindt de deelnemer op www.szvk.nl.

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

Verloskundige zorg omvat tevens:

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

Het structureel echoscopisch onderzoek en de combinatie-test dient te worden uitgevoerd door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek of door een zorgaanbieder, die een samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten met het Regionaal Centrum voor Prenatale Screening. Zodra er sprake is van een medische indicatie is er geen vergunning nodig om het onderzoek uit te voeren. Voor de NIPT kan de deelnemer terecht in een universitair centrum en voor invasieve diagnostiek in een centrum voor prenatale diagnostiek.

4.14.2. Prenataal onderzoek (combinatie-test)

De kosten van een combinatie-test zonder medische indicatie voor deelnemers worden eveneens vergoed. Onder een combinatie-test wordt verstaan een nekplooi-meting en een serumtest. De combinatie-test dient te worden uitgevoerd door een zorgaanbieder met een vergunning volgens de Wet op het bevolkingsonderzoek of door een zorgaanbieder, die een samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten met het Regionaal Centrum voor Prenatale Screening.

4.14.3. Kraampakket

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

4.14.4. Uitgestelde kraamzorg

Vergoeding van maximaal 12 uur kraamzorg thuis, geregeld door Univé Kraamzorg, direct aansluitend op een bevalling en verblijf op medische indicatie in het ziekenhuis van minimaal acht dagen. Vergoeding is alleen mogelijk met een verwijsbrief van de behandelend arts. Deelnemers die een kind jonger dan één jaar adopteren, kunnen eveneens aanspraak maken op maximaal 12 uur uitgestelde kraamzorg. Het daadwerkelijk aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door Univé Kraamzorg. Meer informatie over extra kraamzorg en de voorwaarden vindt de deelnemer op www.szvk.nl.

4.14.5. Lactatiekundig consult

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

4.14.6. Cursussen

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

1. Het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger. Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap;
2. Cursussen die u voorbereiden op de bevalling;
3. Cursussen die het lichamelijke herstel na de bevalling bevorderen. We vergoeden deze kosten tot maximaal 6 maanden na de bevalling.

De cursus moet worden gegeven door:

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

De vergoeding bedraagt maximaal € 75 per bevalling.



4.14.7. Elektrische borstkolf

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

4.15. Tandheelkundige verstrekkingen en vergoedingen

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

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

De deelnemer heeft alleen recht op volledige vergoeding van tandheelkundige zorg verleend door de Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD). Om voor vergoeding in aanmerking te komen voor civiele tandheelkundige zorg, is een verwijskaart noodzakelijk van de militaire tandarts. Voor parodontale zorg Dutch Periodontal Screening Index-B (DPSI-B) of vergelijkbare categorie in de nieuwe European Federation of Periodontology (EFP) classificatie verleend door de mondhygiëniste en orthodontische zorg is een verwijsbrief van een Defensie tandarts noodzakelijk, maar geen verwijskaart. Noodhulp in de avond en het weekend wordt vergoed.

4.15.1. Tandprotheticus en mondhygiënist

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

4.15.2. Tandheelkundige behandelingen

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

Ingeval een tandarts of een medisch-specialist het nodig oordeelt dat poliklinische tandheelkundige zorg door een kaakchirurg wordt verleend en daarvan schriftelijk heeft doen blijken, beperkt de vergoeding zich tot het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende ziekenhuiskosten. Er is voorafgaande toestemming nodig voor behandelingen opgenomen in de Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie. Deze lijst is raadpleegbaar op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer (072) 527 76 77.

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

C Consultatie en diagnostiek (inclusief techniekkosten): 100%;

X Maken en/of beoordelen foto's: 100%;

M Preventieve mondzorg: 100%;

A Verdoving: 100%;

B Verdoving door middel van een roesje: 100%;

E Wortelkanaalbehandelingen (endodontologie): 100%;

V Vullingen (inclusief techniekkosten): 100%;

R – Roestvrijstalen kroon, kunstharsvoorziening (R29);

– Opbouw plastisch materiaal (R31);

– Vernieuwen porseleinen schildje, reparatie metalen/porseleinen kroon in de mond (R71);

– Vernieuwen schildje van plastisch materiaal (R72);

– Opnieuw vastzetten niet plastische restauraties (R74);

– Opnieuw vastzetten plakbrug (R75);

Vergoeding (inclusief bijbehorende techniekkosten): 100%.

– Alle overige behandelingen voor inlays, kronen, bruggen (inclusief bijbehorende materiaal- en techniekkosten):

– 100% als deze behandelingen worden uitgevoerd door de DTD;



- 100% als deze behandelingen worden uitgevoerd door een andere zorgaanbieder na voorafgaande toestemming van Commandant DTD, Discipline coördinator DTD of tandarts-parodontoloog DTD;
- 70% als deze behandelingen zonder voorafgaande toestemming worden uitgevoerd door een andere zorgaanbieder.

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

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

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

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

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

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

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

F Beugels (gebitsregulatie/orthodontie - A-codes) (inclusief techniekkosten)

1. Voor gebitsregulatie, in samenhang met en aansluitend aan een kaakchirurgische of gnathologische behandeling, is voorafgaande machtiging vereist. Indien in verband met een kaakchirurgische behandeling een machtiging is verkregen en de gebitsregulerende behandeling, door omstandigheden anders dan operationele inzet, niet binnen twee jaar wordt gevolgd door de gemachtigde kaakchirurgische behandeling, is de deelnemer verplicht de reeds vergoede bedragen van de gebitsregulatie terug te betalen. De maatschappij kan in overleg met de deelnemer een termijn van terugbetaling vaststellen:
 - a. Indien in samenhang met en aansluitend aan een kaakchirurgische behandeling, uitgezonderd de kaakchirurgische ingrepen, vermeld onder H, Chirurgische ingrepen en onder T, Tandvleesbehandelingen: 100%;
 - b. Indien in samenhang met een gnathologische behandeling vermeld onder G: 100%;
2. Voor reparatie of vervanging van een beugel (F811A), herstel of vervanging van retentie-apparaat (F812A) en het plaatsen van een extra retentiebeugel per kaak (F813A) en het plaatsen van retentie-apparaat bij orthodontisch niet behandelde of door andere zorgaanbieder orthodontisch behandelde patiënt (F814A) en het verwijderen van een spalk (F815A): 100%. Om voor vergoeding van deze codes in aanmerking te komen, is geen voorafgaande machtiging van de maatschappij benodigd;
3. De adviserend tandarts kan na overleg met de Commandant DTD toestemming verlenen voor de 100% vergoeding van een orthodontische behandeling indien de commandant DTD dit om onderbouwde militaire redenen noodzakelijk acht. Voor overige orthodontische behandelingen geldt een vergoeding van 70%. De vergoeding voor bijzondere orthodontie (B en C codes) valt onder artikel 4.14.3..

J Implantaten (implantologie) (inclusief techniekkosten)

Implantaten in de tandeloze kaak: 100%

Voor het toekennen van een tegemoetkoming voor implantaten, die alleen eenmalig, voor een tandeloze kaak kunnen worden verstrekt, is voorafgaande machtiging vereist. Voor het toekennen van een tegemoetkoming voor de mesostructuur, de overkappingsprothese en het rebasen van een overkappingsprothese is eveneens voorafgaande machtiging vereist.

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

Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg bedraagt het vergoedingspercentage 100% van het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende ziekenhuiskosten.

Voor het initieel onderzoek implantologie (J01), verlengd onderzoek implantologie (J02), proefopstelling inclusief



techniek- en materiaalkosten (J03), implantaatpositionering op grond van CT-scan (J05) en voor nazorg implantologie (J60 en J61) is geen voorafgaande machtiging vereist. De vergoeding voor de codes J01, J02, J03, J05, J60 en J61 bedraagt 100%, als het onderzoek is verricht door een Defensie tandarts parodontoloog of Defensie kaakchirurg.

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

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

U Uurtarieven (100%)

Voor het toekennen van een tegemoetkoming is voorafgaande machtiging vereist. Voor een second opinion aangaande een tandheelkundig behandelvoorstel wordt maximaal éénmaal per jaar een tegemoetkoming verleend. Voor deze second opinion kan men zich wenden tot de informatiedesk van de Stichting TIP (Tandheelkundig Informatiepunt), via www.allesoverhetgebit.nl/contact.

4.15.3. Bijzondere tandheelkundige zorg

De kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen, waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel, worden vergoed. Orthodontische hulp valt alleen onder de bijzondere tandheelkunde als er sprake is een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is. Er geldt alleen een vergoeding als het gaat om de behandeling van een zeer ernstige afwijking die vergelijkbaar is met een schisisafwijking (B en C codes). Het betreft de volgende afwijkingen:

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

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- De behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
- De behandeling plaatsvindt in een Centrum voor bijzondere tandheelkunde of een gedifferentieerd multidisciplinair centrum en
- De maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, tevoren toestemming heeft gegeven;
- De Commandant DTD kan eveneens toestemming verlenen voor de 100%-vergoeding van een behandeling indien de commandant DTD dit om onderbouwde militaire redenen noodzakelijk acht.

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

4.16. Vervoer

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

4.16.2. Onderscheid dient te worden gemaakt tussen:

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



- 4.16.3.** Vergoeding of tegemoetkoming in de kosten wordt verleend in geval van vervoer met een ambulance, (huur)auto, taxi of openbaar vervoermiddel, uitsluitend:
- Naar en/of van het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar een onderzoek of behandeling wordt ondergaan;
 - Naar en/of van de volgende dichtstbijzijnde inrichtingen of personen:
 - Een polikliniek;
 - Een medisch-specialist of orthodontist; een fysiotherapeut, oefentherapeut Mensendieck, oefentherapeut Cesar of logopedist. Ook is het mogelijk dat (indien medisch noodzakelijk) de behandeling bij de deelnemer thuis plaatsvindt;
 - Een instrumentenmaker voor het aanmeten of passen van een orthopedisch hulpmiddel;
 - In geval van medisch noodzakelijke repatriëring (niet tijdens varen, inzet, vliegen of oefenen in het buitenland) of vervoer vanuit het buitenland van een stoffelijk overschot (niet betreffende een deelnemer overleden tijdens varen, inzet, vliegen of oefenen in het buitenland), indien dat vervoer in de onderscheidene gevallen tot stand is gekomen via bemiddeling van de SZVK Alarmcentrale, telefoonnummer: +31 40 297 57 40. De kosten voor repatriëring tijdens varen, inzet, vliegen en oefenen in het buitenland worden vergoed door Defensie.

- 4.16.4.** De volgende vergoedingen of tegemoetkomingen worden verleend in geval van:
- Medisch noodzakelijk vervoer per ambulance of taxi: 100%;
 - Medisch noodzakelijk vervoer per (huur)auto: € 0,32 per km;
 - Indien een deelnemer is aangewezen op medisch noodzakelijk vervoer en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de maatschappij op verzoek van de deelnemer een vergoeding voor de kosten van logeren verstrekken van € 75 per dag in plaats van een vergoeding voor de kosten van vervoer. De deelnemer heeft hiervoor voorafgaande toestemming nodig;
 - Niet-medisch noodzakelijk vervoer per (huur) auto of taxi, alleen indien het doel van de reis gelegen is op minimaal 25 km van de woon- of verblijfplaats en de behandeling/het consult voor vergoeding in aanmerking komt: € 0,09 per km;
 - Vervoer per openbaar vervoermiddel, alleen indien het doel van de reis gelegen is buiten de woon- of verblijfplaats: 100% van de kosten berekend naar de goedkoopste reisgelegenheid;
 - Bij gebruikmaking van een (huur)auto of taxi, in geval van niet-medisch noodzakelijk vervoer, of bij gebruikmaking van een openbaar vervoermiddel, kan in bijzondere gevallen de vergoeding als bedoeld onder 4.16.4. sub d. respectievelijk 4.16.4. sub e., eveneens worden verleend voor kosten van vervoer van een begeleider, dit ter beoordeling van de medisch adviseur;
 - Indien vervoer heeft plaatsgevonden om te voldoen aan de oproep van de maatschappij, de medisch adviseur of de tandheelkundig adviseur, wordt een vergoeding van de reiskosten gegeven, berekend naar de tarieven van de goedkoopste reisgelegenheid per openbaar vervoer;
 - Indien er sprake is van medisch noodzakelijk vervoer dient de declaratie van taxikosten of gebruik van eigen (huur)auto altijd vergezeld te gaan van de in artikel 4.16.2. sub a. bedoelde motivering van de behandelend arts en een kopie van de afspraakkaart;
 - Indien er sprake is van niet-medisch noodzakelijk vervoer dient de declaratie altijd vergezeld te gaan van een kopie van de afspraakkaart.

4.17. Erfelijkheidsonderzoek

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

4.18. Audiologische zorg

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



4.19. Diëtetiek

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

4.20. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen

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

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

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

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

Artikel 5. Bijzondere aanspraken Basispakket

5.1. Buitenlanddekking

Onderscheid wordt gemaakt in plaatsing, vestiging en andere redenen van tijdelijk verblijf in het buitenland.

Onder "plaatsing in het buitenland" wordt verstaan de situatie dat de deelnemer ingevolge een dienststopdracht buiten Nederland verblijft.

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

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

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

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

5.1.1. Plaatsing in het buitenland

De kosten worden vergoed volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, waarbij het niveau van de zorg vergelijkbaar dient te zijn met de in Nederland geboden zorg. De vergoedingen kunnen worden aangepast, indien de buitenlandse tarieven afwijken van de in Nederland gangbare tarieven. In artikel 3.4. staat een nadere toelichting op de vergoeding van de kosten. De kosten van medisch noodzakelijk vervoer van de verblijfplaats naar Nederland (repatriëring) zijn volledig gedekt inclusief de kosten van noodzakelijke medische begeleiding, uitsluitend na voorafgaande machtiging door de maatschappij. De vervoerskosten van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland zijn eveneens volledig gedekt.

De deelnemer die zorg nodig heeft in de VS of Canada, moet zich wenden tot de MGD. Als de MGD de deelnemer verwijst voor civiele medisch-specialistische zorg, dan is de deelnemer verplicht contact op te nemen met de SZVK Alarmcentrale via +31 40 297 57 40.



5.1.2. Vestiging in het buitenland

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

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

5.1.3. Andere redenen van tijdelijk verblijf in het buitenland (vakantie)

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

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

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

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

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

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

Indien de deelnemer zich op eigen initiatief voor geneeskundige behandeling en verzorging wendt tot een zorgaanbieder in een ander EU-/EER-of verdragsland dan Nederland, het land van vestiging of plaatsing, bedraagt de vergoeding van de kosten ten hoogste 100% van de kosten, indien de zorg in Nederland zou zijn verricht en krachtens de dekking van het pakket Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK) zou zijn vergoed. De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto worden in dat geval vergoed tot maximaal het bedrag dat gelijk is aan het bedrag dat op grond van artikel 4.16. zou zijn vergoed aan kosten van vervoer tussen de woonplaats van de deelnemer en de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg zou kunnen worden verleend.

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

5.2. Gezichtsbehandelingen

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

- a. € 275 per kalenderjaar voor elektrische ontharing in geval van abnormale, ernstige ontsierende haargroei in het gelaat. De kosten van verwijdering van overmatige beharing elders op het lichaam komen niet voor een tegemoetkoming in aanmerking. De behandeling dient te worden verricht door een door de maatschappij voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder. Deze is te vinden in het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders in de Zorgzoeker. Het overzicht is raadpleegbaar op www.szvk.nl/vergoedingen/zorgaanbieders. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: (072) 527 76 77;
- b. 90% van de kosten tot ten hoogste € 160 voor zogeheten camouflagetherapie (inclusief de daarbij behorende cosmetica) in geval van ontsieringen in het gezicht als gevolg van littekens, pigmentverschuivingen (vitiligo), wijnvlekken (haemangiomen) of huidvertekeningen bij lupus erythematoses discoides (LED). De behandeling dient te worden verricht door een door de maatschappij voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder. Deze is te vinden in het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders. Het overzicht is raadpleegbaar op www.szvk.nl/vergoedingen/zorgaanbieders. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: (072) 527 76 77;



- c. 90% van de kosten van een acnebehandeling bij ernstige vormen van acne tot een maximum van € 20 per behandeling. Per kalenderjaar wordt in maximaal 15 behandelingen tegemoetgekomen. De behandeling dient te worden verricht door een door de maatschappij voor deze zorg aangewezen zorgaanbieder. Deze is te vinden in het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders in de Zorgzoeker. Het overzicht is raadpleegbaar op www.szvk.nl/vergoedingen/zorgaanbieders. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen via telefoonnummer: (072) 527 76 77.

5.3. Alternatieve geneeskunde

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

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

Alternatieve zorg dient te worden verleend door een door de maatschappij aangewezen zorgaanbieder. Deze is te vinden in de Zorgzoeker op www.szvk.nl. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen met de SZVK Helpdesk via telefoonnummer: (072) 527 76 77.

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

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

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

5.4. Orthoptische behandelingen door een orthoptist

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

5.5. Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

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

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

5.6. Sterilisatie

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

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

5.7. Flebologische behandeling

Na overlegging van het verwijzend voorschrift van de militair specialist volledige vergoeding van de kosten van flebologische behandeling van een deelnemer door een arts. Genees- en verbandmiddelen via de apotheek betrokken, worden vergoed zoals vermeld in artikel 4.8. en artikel 4.9.. Reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

5.8. In vitro fertilisatie (IVF)

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

- Er sprake is van een onder beroepsgenoten gebruikelijke medische indicatie;



- De behandeling plaatsvindt in één van de daarvoor aangewezen ziekenhuizen;
- De vrouwelijke deelnemer 42 jaar of jonger is;
- De bij de behandeling noodzakelijke geneesmiddelen worden vergoed als onderdeel van medisch-specialistische zorg.

De vrouwelijke deelnemer jonger dan 38 jaar heeft alleen recht op vergoeding van de eerste en de tweede IVF-poging als er één embryo wordt teruggeplaatst. Een deelnemer bij wie een IVF-poging is aangevangen, heeft recht op afronding van die poging na de 43e verjaardag. Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt verstaan een doorgaande zwangerschap van ten minste 10 weken, gerekend vanaf het moment van follikelpunctie. De bevruchting van de eicel vindt direct aansluitend aan de punctie plaats. Bij gecryopreserveerde embryo's (cryo's) geldt voor een doorgaande zwangerschap een termijn van ten minste negen weken en drie dagen na de implantatie. Een doorgaande zwangerschap kan ook spontaan ontstaan en hiervoor geldt een termijn van 12 weken, gerekend na de eerste dag van de laatste menstruatie. Indien opnieuw een kinderwens bestaat en er sprake is van subfertiliteit, ontstaat opnieuw recht op vijf IVF-pogingen.

Een IVF-poging wordt geacht te zijn begonnen wanneer:

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

Een IVF-poging gaat pas tellen als er in fase b een geslaagde follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen) heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen, die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. Het terugplaatsen van embryo's, die zijn verkregen in een eerdere fase van de behandeling (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd), maakt deel uit van de IVF-poging waarmee de embryo's zijn verkregen. Als er nog meer embryo's over zijn nadat een doorgaande zwangerschap tot stand is gebracht, heeft de deelnemer recht op terugplaatsing van de embryo's op grond van artikel 5.9..

5.9. Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen

Aanspraak op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 4.1. (Medisch-specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende (vruchtbaarheid bevorderende) behandelingen: gynaecologische of urologische behandelingen en operaties die de fertiliteit bevorderen verleend door een gynaecoloog of een uroloog. Onder deze zorg valt ook kunstmatige inseminatie en intra uteriene inseminatie. Als de vrouwelijke deelnemer 43 jaar of ouder is, bestaat geen aanspraak op fertiliteitsbevorderende behandelingen. Er is een verwijfsbrief noodzakelijk van de huisarts of medisch-specialist.

5.10. Preventieve geneeskunde

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

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

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

Tevens zijn gedekt de kosten van vaccinaties, indien men uit medisch oogpunt behoort tot een risicogroep voor de volgende ziekten: griep, rode hond, hepatitis-B, pneumococcon-infectie, haemofilus influenza-B.

5.11. Oedeemtherapie

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

5.12. Podotherapie en pedicure voor diabetici en reumapatiënten

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

Volledige vergoeding van de kosten van behandelingen en consulten van voetbehandelingen voor de deelnemer met diabetes mellitus of reumatoïde artritis. De pedicurebehandeling dient te worden verleend door een pedicure. Voor pedicurebehandeling voor diabetici en reumapatiënten is een verwijfskaart van de behandelend medisch-specialist of arts vereist.

5.13. Stottertherapie

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



5.14. Plastische chirurgie

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

5.15. Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel

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

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

Vergoeding vindt alleen plaats voor zover de kosten niet voor rekening van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 en/of Wlz komen. De in medisch opzicht bijzondere omstandigheden dienen door huisarts of medisch-specialist aannemelijk te worden gemaakt. Voor het aanvragen een verblijf in een herstellingsoord of zorghotel kan de deelnemer tijdens kantooruren contact opnemen met Zorgadvies en -bemiddeling op telefoonnummer 088 - 131 16 17. Vergoeding vindt plaats, wanneer het verblijf betreft in een herstellingsoord of zorghotel voorkomend op de door de maatschappij gehanteerde lijst van gecontracteerde zorgaanbieders in de Zorgzoeker. Het overzicht is raadpleegbaar op www.szvk.nl/vergoedingen/zorgaanbieders. Voor vragen kan de deelnemer contact opnemen met de Helpdesk van SZVK via telefoonnummer: (072) 527 76 77.

5.16. Huur van apparatuur voor uitwendige geneeswijzen

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

5.17. Ergotherapie

Volledige vergoeding van de kosten van zorg, zoals ergotherapeuten deze plegen te bieden in hun behandelruimte of ten huize van de deelnemer, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de deelnemer te bevorderen of te herstellen. Er is slechts recht op vergoeding als de ergotherapeut een overeenkomst heeft gesloten met de maatschappij. Indien de maatschappij geen tarief met de zorgaanbieder is overeengekomen, wordt een vergoeding verleend conform de Lijst maximale vergoedingen ergotherapie SZVK. In artikel 3.4. staat een nadere toelichting op de vergoeding van de kosten.

5.18. Hospicezorg

Volledige vergoeding van de eigen bijdrage voor verblijf in een door Univé erkend hospice of Bijna-Thuis-Huis. De deelnemer vindt op www.szvk.nl/zorgaanbieders een overzicht van de erkende hospices en Bijna-Thuis-Huizen in zijn of haar regio. De vergoeding geldt niet voor eigen bijdragen bij opvang in een verpleeghuis, verzorgingshuis of ziekenhuis.

5.19. Preventieve inenting en malariapillen

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

5.20. Griep prik

Volledige vergoeding van de griep prik voor militairen die niet behoren tot de daarvoor bestemde risicogroepen. Voorwaarde hierbij is dat de griep prik alleen wordt vergoed indien toegediend door een militaire arts. De vergoeding voor de griep prik aan de militairen die behoren tot de risicogroepen is opgenomen in artikel 5.10..

5.21. Huishoudelijke hulp

Hulp bij het huishouden in Nederland tot maximaal 12 uur per kalenderjaar aansluitend op een ziekenhuisopname van de deelnemer van minimaal één overnachting. De vergoeding bedraagt maximaal € 16 per uur. De huishoudelijke hulp wordt verzorgd door een erkende thuiszorgorganisatie of een door de maatschappij aangewezen



organisatie. Een overzicht van de aangewezen organisaties is raadpleegbaar op www.szvkn.nl.

Bijzonderheden:

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

5.22. Verblijfkosten in Gasthuis Antoni van Leeuwenhoek of familiehuis Daniël den Hoed

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

Artikel 6. Wlz-aanspraken

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

Artikel 7. Uitbreiding Basispakket

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

7.1. Genees- en verbandmiddelen

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

7.2. Hartrevalidatie

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

7.3. Overige verstrekkingen en vergoedingen

7.3.1. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

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

Verpleging en verzorging wordt verleend door:

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



de indicatie heeft gesteld, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De samenwerking is schriftelijk vastgelegd en de maatschappij ontvangt hiervan een kopie.

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

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

Toestemmingsvereiste

Voor verpleging en verzorging is voorafgaande schriftelijke toestemming van de maatschappij vereist. Voor de indicatie heeft de deelnemer geen voorafgaande toestemming nodig.

Persoonsgebonden budget

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

7.3.2. Batterijen hoortoestellen

De kosten van vervanging van batterijen van hoortoestellen worden volledig vergoed.

7.3.3. Oogchirurgie

Na voorafgaande machtiging door de maatschappij worden de kosten van oogchirurgie door middel van de Photo Refractieve Keratectomie- (PRK) of laser assisted in situ keratomileusismethode (LASIK) volledig vergoed indien, op aangeven van de verantwoordelijk militair arts (VMA) en ondersteund door een positief advies van de oogarts van het CMH, uit de verklaring van de stafarts van het operationele commando blijkt dat er sprake is van een functionele indicatie zie Reglement functionele indicatie SZVK. Na de behandeling dient een beoordeling van de eindtoestand van de ingreep door de oogarts van het CMH plaats te vinden. De behandeling dient plaats te vinden door een door de maatschappij voor deze zorg gecontracteerde zorgaanbieder.

7.3.4. Contactlenzen

Contactlenzen op basis van een functionele indicatie worden volledig vergoed. De kosten van contactlensenvloeistof worden eveneens vergoed tot maximaal € 50 per kalenderjaar. De functiegroepen, die in aanmerking kunnen komen voor vergoeding, zijn vermeld in het Reglement functionele indicatie SZVK. Om voor vergoeding in aanmerking te komen is een verklaring "functionele indicatie" van de verantwoordelijk militair arts (VMA) of bedrijfsarts vereist. De verklaring heeft een geldigheidsduur van 2 jaar. Voor de aanschaf van lenzen moet aan onderstaande voorwaarden worden voldaan:

- De contactlenzen moeten worden aangemeten door een optometrist;
- De controle van de contactlenzen moet plaatsvinden door een optometrist en dient 1 keer per half jaar plaats te vinden.

Voor de aanschaf is een machtiging van de maatschappij noodzakelijk. Na de afgifte van de machtiging, kunnen de lenzen bij een civiele opticien worden aangemeten mits aan bovengenoemde voorwaarden wordt voldaan.

7.3.5. Steunzolen

Volledige vergoeding van steunzolen en D3D steunzolen. De zolen dienen te worden vervaardigd door Orthopedie Techniek Aardenburg van het Militair Revalidatie Centrum. De vergoeding voor steunzolen is als volgt vastgesteld:

- 2 paar voor de gevechtslaarzen;
- 1 paar voor de nette schoenen/burgerschoenen;
- 1 paar voor de sportschoenen.

Meer steunzolen zijn op basis van een onderbouwde medische indicatie mogelijk.



7.3.6. Maatschoenen

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

7.3.7. Eenvoudige loophulpmiddelen

Vergoeding voor de kosten van het huren of aanschaffen van krukken, een loophulp met drie of vier poten, een looprek en een rollator. De maximale vergoeding is per kalenderjaar:

- Krukken
maximaal € 25
- Looprek of drie- of vierpootwandelstok
maximaal € 35
- Rollator
maximaal €100

Als de deelnemer het hulpmiddel koopt, bestaat maximaal eenmaal per twee kalenderjaren recht op vergoeding. Het loophulpmiddel moet worden geleverd door een leverancier van hulpmiddelen. De deelnemer ontvangt korting bij bepaalde hulpmiddelenleveranciers.

7.3.8. Protheses en stompverzorgingsmiddelen

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

7.3.9. Mutssja en mammaprothesebenodigdheden

Mutssja

Een vergoeding voor de kosten van een mutssja of soortgelijke hoofdbedekking, als de deelnemer een indicatie heeft voor de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering.

Mammaprothesebenodigdheden

Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH en een prothese badpak die worden gebruikt na een borstamputatie. Hieronder vallen ook de benodigde schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van de plakstrips.

De maximale vergoeding bedraagt € 200 per kalenderjaar voor een mutssja of een soortgelijke hoofdbedekking en mammaprothesebenodigdheden samen.

7.3.10. Consult en advies voor vrouwen

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

7.4. Tandheelkundige verstrekkingen en vergoedingen

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

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

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

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



7.5. Voltooiing behandeling na beëindiging actieve dienst

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

7.6. Functionele indicatie

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

7.7. Obductie

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

Artikel 8. Declaratie van kosten

8.1. Geldend maken van aanspraken

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

8.1.2. Indien de zorgaanbieder waartoe de deelnemer zich wendt geen overeenkomst tot het verlenen van zorg heeft met de maatschappij, keert de maatschappij, conform de aanspraken krachtens de verzekeringsvoorwaarden uit en kunnen de kosten van behandelingen ingediend worden conform artikel 8.2.. De deelnemer kan zijn vordering op de maatschappij voor GGZ en Verpleging en verzorging niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie de maatschappij geen overeenkomst heeft gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie de maatschappij geen overeenkomst heeft, maakt de maatschappij over op het rekeningnummer van de deelnemer.

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

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

8.2. Inzenden van nota's

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

Zorgaanbieders, met uitzondering van zorgaanbieders voor Verpleging en verzorging en GGZ waarmee de maatschappij geen overeenkomst heeft, kunnen de nota's rechtstreeks bij de maatschappij declareren. Voor Verpleging en verzorging en GGZ verleend door een niet door de maatschappij gecontracteerde zorgaanbieder dient de deelnemer zelf de kosten van zorg bij de maatschappij te declareren. Ook voor andere kosten van zorg zendt de deelnemer de door hem ontvangen originele nota's, in de daarvoor bestemde declaratie-enveloppe, toe aan de maatschappij, als de zorgaanbieder niet bereid is om de kosten bij de maatschappij te declareren. De nota



dient door de zorgaanbieder te zijn voorzien van de naam, de geboortedatum en het burgerservicenummer van de deelnemer, de aard van de behandeling, de datum van behandeling, het notabedrag en het rekeningnummer van de zorgaanbieder. De deelnemer dient zijn burgerservicenummer of verzekerdenummer te vermelden, alsmede het rekeningnummer, waarop de betaling dient plaats te vinden. Over nota's die ouder zijn dan drie jaar, dan wel nota's van jongere datum - maar betrekking hebbend op behandelingen, welke, gerekend van de datum van indiening af, meer dan drie jaar geleden werden ondergaan - wordt geen vergoeding of tegemoetkoming toegekend.

- 8.2.2. Op het declaratieformulier SZVK kan de deelnemer aangeven dat de betaling rechtstreeks aan de zorgaanbieder moet plaatsvinden. Eventuele kosten die niet vallen onder de dekking van deze verzekering zullen met de deelnemer worden verrekend conform het bepaalde in artikel 8.1.3. en artikel 8.1.4..
- 8.2.3. In die gevallen waarin machtiging is vereist, moet die machtiging bij de eerste nota worden overgelegd.
- 8.2.4. Indien de deelnemer zich voor geneeskundige zorg heeft gewend tot een zorgaanbieder niet behorende tot de MGD, dient een verwijskaart van een militaire arts te worden bijgevoegd.
- 8.2.5. Een verstrekking komt alleen voor vergoeding of tegemoetkoming in aanmerking, indien deze is voorgeschreven door een militaire huisarts of militaire medisch-specialist. Dit voorschrift dient bij de nota te worden gevoegd.
- 8.2.6. Voor uitkering van de vergoeding of tegemoetkoming voor vervoer per openbaar vervoermiddel moeten de op dat vervoer betrekking hebbende vervoerbewijzen worden overgelegd.
- 8.2.7. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient de deelnemer gespecificeerde rekeningen in het Engels, Frans, Duits, Spaans of Nederlands, evenals de daarop betrekking hebbende betalingsbewijzen, te verstrekken.
- 8.2.8. Op duplicaatnota's, herinneringsnota's en fotokopieën worden geen vergoedingen of tegemoetkomingen uitgeteerd. Alleen originele nota's komen voor vergoeding in aanmerking.

8.3. Uitbetaling van vergoedingen of tegemoetkomingen

- 8.3.1. Toe te kennen vergoedingen of tegemoetkomingen kunnen nooit meer bedragen dan de werkelijke kosten.
- 8.3.2. Indien een in deze verzekeringsvoorwaarden opgelegde verplichting niet wordt nageleefd, is de maatschappij tot generlei vergoeding of tegemoetkoming verplicht.
- 8.3.3. Indien de medisch adviseur of de tandheekkundig adviseur van oordeel is dat enigerlei verstrekking zonder medische c.q. tandheekkundige noodzaak wordt gegeven of reeds is gegeven, stelt deze zich in verbinding met de desbetreffende (voorschrijvende) hulpverlener en/of met de deelnemer. Indien in verband met het bovenstaande de bevindingen van de medisch adviseur of van de tandheekkundig adviseur daartoe aanleiding geven, kan de maatschappij beslissen dat de vergoeding of tegemoetkoming geheel of gedeeltelijk niet (meer) zullen worden toegekend. Van deze beslissing wordt de deelnemer zo spoedig mogelijk in kennis gesteld.
- 8.3.4. Verzekerde kosten worden in principe binnen 15 werkdagen na ontvangst van de originele nota's vergoed.
- 8.3.5. De vergoeding van de aanspraak vindt in Nederland in euro's plaats tegen de koers van die dag, waarop de behandeling heeft plaatsgevonden. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruikt de maatschappij de historical rates van www.XE.com.
- 8.3.6. Indien de deelnemer het niet eens is met de door de maatschappij gehanteerde vergoeding of tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige behandeling, dient hij te handelen zoals beschreven in artikel 12 van deze verzekeringsvoorwaarden.
- 8.3.7. Vergoedingen of tegemoetkomingen met een gezamenlijke waarde onder de € 225 worden aan buiten de EU- / EER-landen woonachtige deelnemers slechts betaalbaar gesteld op een bankrekening in Nederland. Bij het ontbreken daarvan vindt vergoeding of tegemoetkoming plaats op een door de deelnemer aangegeven wijze onder aftrek van de kosten van het internationale betalingsverkeer en verrekening van eventuele valutaverschillen. Afzonderlijke betalingen van bedragen lager dan € 225 worden vanuit Nederland niet rechtstreeks aan een zorgaanbieder buiten de Europese Unie betaald.



8.4. Uitsluitingen van vergoeding

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

- 8.4.1. Voor geneeskundige behandeling en verzorging in het buitenland of buiten het land van vestiging, anders dan in artikel 5.1.5., voor zover deze geneeskundige behandeling en verzorging uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf aldaar, tenzij vóór de aanvang van de reis een machtiging daartoe is verstrekt door de maatschappij;
- 8.4.2. Voor verpleging en behandeling in verzorgingstehuizen, rusthuizen, vakantie- en gezondheidskolonies en inrichtingen voor dagverblijf met uitzondering van inrichtingen voor psychiatrische dagbehandeling en voor revalidatiedagbehandeling. Evenmin bestaat aanspraak op een vergoeding of tegemoetkoming voor hulp van een gezinsverzorgster;
- 8.4.3. Indien en voor zover door de deelnemer aanspraak op vergoeding van de kosten voor verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:
 - Een wettelijk geregelde verzekering;
 - Een regeling van overheidswege;
 - Een subsidieregeling;
 - Een andere overeenkomst.
- 8.4.4. Voor aanspraken of vergoedingen die voor de deelnemers kunnen worden bekostigd op grond van de Wlz, de Jeugdwet of de Wmo 2015, ongeacht of de deelnemer Wlz, Jeugdwet of Wmo-gerechtigd is;
- 8.4.5.
 - a. Voor schade veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan;
 - b. Het in artikel 8.4.5. sub a. vermelde geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en worden gebruikt of bestemd zijn om te worden gebruikt voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor de vervaardiging, het gebruik, de opslag en het zich ontdoen van de radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225);
 - c. Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is, vindt artikel 8.4.5. sub b. geen toepassing;
- 8.4.6. Voor het ongedaan maken van de gevolgen van een kunstmatig verkregen sterilisatie;
- 8.4.7. Voor de behandeling van ziekten of ongevallen waarvan eerdere behandelingen door de deelnemer tegen het advies van de behandelend arts(en) in zijn afgebroken;
- 8.4.8. Voor keuringen, attesten en vaccinaties, tenzij in de Regeling zorgverzekering anders is bepaald;
- 8.4.9. Voor kosten die verband houden met een te maken buitenlandse reis;
- 8.4.10. Indien de deelnemer naar het oordeel van de maatschappij heeft gehandeld in strijd met het reglement of heeft nagelaten de voorschriften van de behandelend arts(en) te volgen;
- 8.4.11. Voor verpleging op grond van sociale redenen;
- 8.4.12. Voor sportgeneeskunde en behandeling of advies door een sportmedisch adviescentrum;
- 8.4.13. Voor versterkende middelen, voedingsmiddelen, vermageringsmiddelen, tonica, medicinale wijnen, traanproducten, vitaminepreparaten, laxemiddelen, cosmetica en middelen, die in enige handelsverpakking buiten de apotheek verkrijgbaar zijn (de zogenaamde drogisterijartikelen), tenzij daarop aanspraak bestaat krachtens het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) of indien in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- 8.4.14. Voor de volgende onderdelen van farmaceutische zorg:
 - Farmaceutische zorg zoals in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
 - Farmaceutische zorg met betrekking tot een geneesmiddel dat geen verzekerde zorg is (met uitzondering van de zorg die wordt geleverd conform artikel 7.1.);
 - Voorlichting farmaceutisch zelfmanagement voor patiëntengroep (met uitzondering van voorlichting over middelen die worden verstrekt op grond van artikel 7.1.);



- Advies farmaceutische zelfzorg (met uitzondering van advies over middelen die worden geleverd conform artikel 7.1.);
- Advies gebruik UR-geneesmiddelen tijdens reis;
- Advies ziekterisico bij reizen;
- Bepaalde zelfzorggeneesmiddelen, die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn;
- Geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald (met uitzondering van de zorg die wordt geleverd conform artikel 5.19.);
- Geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
- Geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40., derde lid sub b., van de Geneesmiddelenwet;
- Geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40., derde lid sub f., van de Geneesmiddelenwet.
- Farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname, dagbehandeling of polikliniekbezoek en farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis worden uitsluitend vergoed als onderdeel van medisch-specialistische zorg.

8.4.15. Voor vormen van zorg en geneesmiddelen voor de behandeling van een of meer nieuwe indicaties die bij Regeling zorgverzekering zijn uitgesloten. De deelnemer vindt de Regeling zorgverzekering op www.szvk.nl.

8.4.16. Voor declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

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

8.5. Fraude

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

8.6. Hardheidsbepaling

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

Artikel 9. Overige bepalingen

9.1. Vrije keuze van zorgaanbieders en instellingen

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

9.2. Opname in een hogere dan de verzekerde klasse

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

9.3. Begin en einde van de dekking

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

9.4. Telefonische en mondelinge informatie

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

9.5. Kennisgevingen

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



Artikel 10. Duur en einde van de verzekering

- 10.1. De verzekering eindigt in ieder geval zodra de deelnemer niet langer rechthebbende is volgens het AMAR.
- 10.2. De deelnemer wordt automatisch afgemeld door of namens Defensie.
- 10.3. Ingevolge het AMAR vervalt het recht op deelname aan de SZVK-verzekering op het moment dat de deelnemer de actieve dienst verlaat. Hij kan dan direct aansluitend zonder beperkingen de Modelovereenkomst Zorgzaam en de aanvullende verzekeringen van Zorgzaam afsluiten via de stichting Zorgzaam bij N.V. Univé Zorg.

Artikel 11. Premiebetaling

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

Artikel 12. Rechtsbescherming

- 12.1. Indien de maatschappij voornemens is om een aanvraag tot het vergoeden van (een deel van) gedeclareerde kosten of tot het verlenen van een machtiging dan wel een andere aanvraag af te wijzen wordt dit binnen 20 werkdagen na ontvangst van die aanvraag aan de deelnemer medegedeeld, onder vermelding van de gronden waarop het voornemen berust.
- 12.2. Binnen drie weken na de dag waarop de in artikel 12.1. genoemde mededeling is verzonden, kan de deelnemer daartegen schriftelijke bedenkingen inbrengen. Bedenkingen zijn tijdig ingebracht indien zij voor het einde van de termijn zijn ontvangen. Op het geschrift wordt door de maatschappij de datum van ontvangst aangetekend.
- 12.3. De maatschappij neemt binnen drie weken na ontvangst van de bedenkingen een besluit waarbij de overwegingen omtrent de ingebrachte bedenkingen zijn aangegeven.
- 12.4. Indien binnen de termijn bedoeld in artikel 12.2. geen bedenkingen zijn ingebracht wordt de maatschappij geacht, met ingang van de dag waarop genoemde termijn is verstreken, te hebben beslist overeenkomstig de mededeling als bedoeld in artikel 12.1..
- 12.5. Tegen de in artikel 12.3. en 12.4. genoemde besluiten kan de deelnemer bezwaar maken bij het bestuur van de SZVK, postbus 20701, 2500 ES Den Haag. De termijn waarbinnen het bezwaarschrift moet worden ingediend is zes weken. De termijn vangt aan met ingang van de dag na die waarop het besluit als bedoeld in artikel 12.3. is bekend gemaakt onderscheidenlijk de termijn als bedoeld in artikel 12.2. is verstreken.
- 12.6. Nadat het bestuur van de SZVK beslist heeft over het bezwaar kan de deelnemer tegen dit besluit beroep instellen bij de rechtbank.



MEER WETEN?

Helpdesk SZVK Beschikbaarheid maandag t/m vrijdag van 08.00 uur tot 17.00 uur
Telefoonnummer (072) 527 76 77
Vanuit het buitenland +31 72 527 76 77

SZVK SZVK
Postbus 25031
5600 RS Eindhoven

E-mail zorgvragen: Via het contactformulier op:
www.szv.nl.



STICHTING ZIEKTEKOSTENVERZEKERING KRIJGSMACHT