

Regeling geneeskundige verzorging politie 1997

BIZ

30 december 1996/EA96/U4288
Directie Politie

De Minister van Binnenlandse Zaken, Gelet op artikel 7, eerste lid, van het Besluit geneeskundige verzorging politie 1994;

Besluit:

§1 Definities

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder: actiefdienende deelnemer: de deelnemer, die als zodanig wordt aangemerkt ingevolge het Besluit; administrateur: de administrateur, bedoeld in artikel 11, vierde lid, van het Besluit; alarmcentrale: de alarmcentrale waarmee de Dienst een overeenkomst heeft afgesloten; apotheker: een apotheker, die ingevolge de bepalingen van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening, in Nederland is gevestigd; audiologisch centrum: een inrichting als zodanig erkend (of voorlopig erkend) krachtens de Beschikking audiologische hulp ziekenfondsverzekering; beademing, chronische intermitterende -: het regelmatig terugkerende verblijf van minder dan 24 uur in een beademingscentrum ten behoeve van mechanische beademing in een door de bevoegde overheidsinstantie erkend beademingscentrum, alsmede het gebruik van de mechanische beademingsapparatuur ten huize van de patiënt, dan wel in een daartoe ingerichte lokaliteit, indien aldaar de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een zodanig centrum; Besluit: het Besluit geneeskundige verzorging politie 1994; Commissie: de commissie, bedoeld in artikel 11, eerste lid, van het Besluit; dagverpleging: een aantal uren durende vorm van verpleging in een ziekenhuis, voorzienbaar en noodzakelijk in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist of

tandartspecialist; deelnemer: de deelnemer bedoeld in de artikelen 2 en 13 van het Besluit; DGVP-Zorgservice: de thuiszorgcentrale waarmee de Dienst ter zake een overeenkomst heeft afgesloten; Dienst: de Dienst geneeskundige verzorging politie, bedoeld in artikel 10, eerste lid, van het Besluit; farmaceutisch adviseur: de farmaceutisch adviseur, bedoeld in artikel 12 van het Besluit; fysiotherapeut: degene aan wie op grond van de artikelen 3, 36 of 37 van het Fysiotherapeutenbesluit de bevoegdheid tot het uitoefenen van fysiotherapeut is toegekend; gepensioneerde deelnemer: de deelnemer, die als zodanig wordt aangemerkt ingevolge het Besluit; gezinsleden: de personen bedoeld in artikel 3 van het Besluit; haemodialyse, chronisch intermitterende -: het regelmatig terugkerende verblijf, geneeskundige en farmaceutische hulp daarbij inbegrepen, van minder dan 24 uur in een door de bevoegde overheidsinstantie erkend dialysecentrum (Besluit niet klinische haemodialyse ziekenfondsverzekering, alsmede het bepaalde inzake de vergoeding van kosten m.b.t. thuis-dialyse, dan wel haemodialyse in een daartoe ingerichte lokaliteit, indien de dialyse plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een zodanig centrum; heilgymnast-masseur: degene die krachtens artikel 41 van de Wet op de paramedische beroepen de bevoegdheid tot het uitoefenen van heilgymnastiek en massage heeft behouden; herstellingsoord: een inrichting tot verder herstel van zieken of gehandicapten, aangesloten bij het Verbond van Nederlandse Herstelingsoordorganisaties. hoogleraar: een hoogleraar in de geneeskunde of tandheelkunde, voor zover hij in een universiteitskliniek de medische praktijk uitoefent; huidtherapeut: degene die in het bezit is van het diploma van de SOHU en is opgenomen in het register van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten; huisarts: een in Nederland in de woon-

of verblijfplaats van de patiënt of in de onmiddellijke omgeving daarvan gevestigde arts, ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent en geneeskundige en heelkundige hulp verleent, naar de omvang en aard bepaald door hetgeen in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is; inrichting voor revalidatiedagbehandeling: een inrichting als zodanig erkend (of voorlopig erkend) krachtens het Besluit revalidatie dagbehandeling ziekenfondsverzekering; kraamcentrum: een door de Commissie als zodanig erkende instelling met het doel thuis zorg te verlenen aan kraamvrouwen en pasgeborenen; kraaminrichting: een door de bevoegde overheidsinstantie erkende inrichting, beheerd en geëxploiteerd met het doel gelegenheid te bieden voor normale bevallingen; kraamzorg: de zorg verleend door een aan DGVP-Zorgservice verbonden kraamverzorgster waarbij deze ten huize van de deelnemer verblijft en zowel moeder als kind en mogelijk ook de huishouding verzorgt; logopedist: degene die op grond van artikel 3 van het Logopedistenbesluit de bevoegdheid bezit het beroep van logopedist uit te oefenen; machtiging: een door of namens de administrateur gegeven schriftelijke verklaring, dat de kosten voor vergoeding in aanmerking komen; manueel therapeut: degene die lid is van de Vereniging van Manueel therapeuten, danwel is ingeschreven in het Register van Manueel therapeuten zoals dit is vastgesteld door de Registratiecommissie van Manueeltherapeuten, danwel lid is van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde, danwel lid is van de Nederlandse Associatie Orthopedische Manuele Therapie of de arts voor orthomanele geneeskunde; medisch adviseur: de medisch adviseur, bedoeld in artikel 12 van het Besluit; mondhygiënist: een in Nederland gevestigde mondhygiënist, die

bevoegd is tot het uitoefenen van het beroep van mondhygiënist, als bedoeld in het Mondhygiënistbesluit; oefentherapeut César: degene aan wie op grond van artikel 3 van het Besluit oefentherapeuten César 1980 de bevoegdheid tot uitoefening van het beroep van oefentherapeut César is toegekend; oefentherapeut-Mensendieck: degene aan wie op grond van artikel 3 van het Besluit oefentherapeuten Mensendieck 1979 de bevoegdheid tot uitoefening van het beroep van oefentherapeut Mensendieck is toegekend; orthoptist: degene vermeld in artikel 3 van het Orthoptistenbesluit aan wie het bewijs van bevoegdheid tot het uitoefenen van het beroep van orthoptist is uitgereikt; polikliniek: een polikliniek als bedoeld in artikel 2.6. van de Richtlijn ex. art. 3 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen derde druk, juli 1986; postnatale zorg: de in het kader van de bevalling verleende zorg aan de moeder door een verloskundige, huisarts of specialist, vanaf de eerste dag van de bevalling tot in totaal zes weken daarna; prenatale zorg: de in het kader van de zwangerschap verleende zorg aan de aanstaande moeder, door een verloskundige, huisarts of specialist, vanaf de 28ste week voor de (vermoedelijke) datum van bevalling; regeling: de Regeling geneeskundige verzorging politie 1997; sanatorium: een inrichting, als zodanig erkend (of voorlopig erkend) krachtens het Besluit ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering; schoonheidsspecialiste: een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialiste die een opleiding tot huidtherapeute heeft gevolgd dan wel in het bezit is van het STIVAS-B diploma; specialist: een in Nederland gevestigde arts, ingeschreven in het register van erkende medische specialisten van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, die zich beweegt op het terrein van het medisch specialisme, waarvoor registratie is verkregen, en die geneeskundige en heelkundige hulp verleent, naar de omvang en aard bepaald door hetgeen in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk is; tandarts: een in Nederland gevestigde tandarts, die als tandarts is ingeschreven in het register van de Nederlandse

Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde; tandarts-specialist: een in Nederland gevestigde tandarts, die als tandarts-specialist is ingeschreven in het register van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, die zich beweegt op het terrein van het specialisme, waarvoor registratie is verkregen; tandheelkundig adviseur: de tandheelkundig adviseur, bedoeld in artikel 12 van het Besluit; tandprotheticus: een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die als zodanig is ingeschreven in het register van tandprotheticici, als bedoeld in de Wet inzake de tandprotheticici; trombosediens: een dienst als zodanig erkend (of voorlopig erkend) krachtens het Besluit hulpverlening door trombosediens ziekenfondsverzekering; verloskundige: een in Nederland gevestigde verloskundige, die krachtens de Wet regelende de uitoefening van de geneeskunst de bevoegdheid bezit tot het verlenen van verloskundige raad en bijstand; verloskundige hulp: de leiding van de bevalling, alsmede de pre- en postnatale zorg, door een verloskundige, huisarts of specialist; ziekenhuis: een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling, als zodanig erkend krachtens het Besluit Ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering alsmede het Nederlands Astma Centrum te Davos en niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis of sanatorium; ziekenvervoer: te onderscheiden in medisch noodzakelijk vervoer met een auto- of helioprojectie, taxi of (huur)auto en niet-medisch noodzakelijk vervoer met een openbaar middel van vervoer of een taxi of (huur)auto;

§ 2 indeling in groepen

Artikel 2

1. Voor de toepassing van deze regeling worden onverminderd het bepaalde in het tweede en het vijfde lid, de deelnemers met een schaalbedrag lager of gelijk aan het maximum van salarisschaal 8 van Bijlage I behorende bij het Besluit bezoldiging politie of lager of gelijk aan het maximum van salarisschaal 8 van het Bezoldigingsbesluit LSOP ingedeeld in groep A. De deelnemers met een schaalbedrag hoger dan voornoemde maxima worden ingedeeld in groep B.

2. De deelnemer die als gepensioneerde deelnemer wordt aangemerkt en zijn gezinsleden blijven ingedeeld in de groep, waarin hij als actiefdienende deelnemer was ingedeeld, tenzij hij in groep B was ingedeeld en schriftelijk aan de administratie van de Dienst te kennen geeft in groep A ingedeeld willen worden. Deze schriftelijke kennisgeving aan de administratie kan niet worden herroepen.

3. De gepensioneerde deelnemer, ingedeeld in groep B, die opnieuw de hoedanigheid van actiefdienende deelnemer verkrijgt en als gevolg daarvan zou behoren te worden ingedeeld in groep A, blijft, indien hij zijn inschrijving als gepensioneerde deelnemer handhaaft, ingedeeld in groep B.

4. Indien van een echtpaar beide echtelieden deelnemer zijn in de zin van het Besluit en zij behoren te worden ingedeeld in verschillende groepen, worden zij en hun gezinsleden ingedeeld in groep B.

5. De beslissing van de deelnemer, die op grond van het bepaalde in het eerste lid in groep A behoort te worden ingedeeld, maar voor 31 december 1988 heeft gekozen ingedeeld te blijven in groep B, is onherroepelijk.

§ 3 Vergoedingen voor behandeling binnen Nederland

Artikel 3

Behoudens het bepaalde in artikel 39 worden de deelnemer voor geneeskundige behandeling en verzorging binnen Nederland van hem of zijn gezinslid de vergoedingen en tegemoetkomingen toegekend overeenkomstig het bepaalde in de artikelen 5 tot en met 33 en 36 tot en met 41. Indien het gezinslid aanspraak heeft op vergoeding van of tegemoetkoming in de kosten voor geneeskundige behandeling en verzorging op grond van een verzekering, bedoeld in artikel 3, eerste lid, onder f, van het Besluit geneeskundige verzorging politie 1994, worden de deelnemer aanvullende vergoedingen en tegemoetkomingen verstrekt voor zover het betreft de kosten voor geneeskundige behandeling en verzorging die zijn opgenomen in de bijlage bij deze regeling.

§ 4 Vergoedingen voor behandeling buiten Nederland

Artikel 4

1. Indien de deelnemer of het gezinslid zich buiten Nederland bevindt, zonder naar het buitenland te zijn vertrokken met het oogmerk aldaar een medische behandeling te ondergaan, worden de kosten voor:

a. niet klinische hulp: vergoed met inachtneming van de in deze regeling genoemde eigen bijdragen en maximale vergoedingen;

b. klinische hulp: volledig vergoed, indien en onder voorwaarde dat de alsdan noodzakelijk geworden ziekenhuisopname is gemeld aan de Alarmcentrale.

2. Behandelingen en behandelingsmethoden in het buitenland, die naar aard en de omvang in Nederland niet kunnen worden gerekend te behoren tot geneeskundige of heelkundige hulp, zoals deze gebruikelijk is in de kring van medische beroepsgenoten, komen niet voor vergoeding of tegemoetkoming in de kosten in aanmerking.

3. De Commissie 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 vestiging kan plaatsvinden.

§ 5 Geneeskundige verstrekkingen en vergoedingen

Artikel 5 (Huis)arts

1. Voor de hulp van een huisarts, zoals omschreven in artikel 1, wordt 80% van de kosten vergoed. De vergoeding van de kosten wordt berekend naar de geldende tarieven voor honoraria zoals deze met de Landelijke Huisartsen Vereniging zijn overeengekomen. De maximale eigen bijdrage bedraagt f 30,- per kalenderkwartaal voor een deelnemer van groep A en f 45,- per kalenderkwartaal voor een deelnemer van groep B.

2. Verloskundige hulp door een huisarts wordt vergoed overeenkomstig het bepaalde in artikel 10.

3. Van de kosten van het consulteren van andere (alternatief praktiserende) artsen, dan die bepaald in het eerste lid, wordt – ongeacht de tijdsduur van het consult f 40,- vergoed tot in totaal f 400,- per gezinslid per kalenderjaar.

Artikel 6 (Niet klinische) hulp door een specialist

1. Behoudens plastische chirurgische behandeling als bedoeld in artikel 8, en behoudens kaakchirurgische hulp als bedoeld in artikel 33, vijftiende lid, wordt voor de niet-klinische hulp van een specialist 90% van de kosten vergoed.

Het betreft hulp van een specialist of in een polikliniek, of ten huize van de specialist of ten huize van de patiënt. In geval van poliklinische radiotherapeutische behandeling worden de kosten vergoed.

2. Per kalenderkwartaal bedraagt de eigen bijdrage per deelnemer ingedeeld in groep A ten hoogste f 30,- en per deelnemer ingedeeld in groep B ten hoogste f 45,-.

3. Schriftelijke verwijzing door de huisarts is voorwaarde voor vergoeding. Voor het verkrijgen van een brilvoorschrift kan een oogarts zonder schriftelijke verwijzing van een huisarts of van een specialist worden geconsulteerd.

Artikel 7 (Niet klinische) hulp door een hoogleraar

1. 90% van de kosten (inclusief de hoogleraren-toeslag) wordt vergoed voor een poliklinisch consult van een medisch of tandheelkundig hoogleraar, indien een medisch respectievelijk tandheelkundig specialist van hetzelfde vakgebied als de hoogleraar die beoogd wordt, vooraf schriftelijk heeft doen blijken, dat hij deze hulp nodig oordeelt. Slechts op deze voorwaarde kan machtiging voor hooglerarenconsult worden verleend.

2. Indien geen machtiging vooraf is verleend, wordt bij de vaststelling van de vergoeding uitgegaan van het consult-honorarium, zonder de hooglerarentoeslag.

3. Per kalenderkwartaal draagt de deelnemer ingedeeld in groep A ten hoogste f 30,- en de deelnemer in groep B ten hoogste f 45,- bij.

Artikel 8 Plastische chirurgie

1. De kosten van plastische chirurgie, betreffende consult, behandeling en verpleging, ongeacht in het kader van welk specialisme deze hulp wordt verleend, hetzij poliklinisch dan wel klinisch, komen slechts voor vergoeding of tegemoetkoming in de kosten in aanmerking, na voorafgaande machtiging. Bij het verzoek om machtiging dient een aan de medisch adviseur gericht verklaringsformulier te worden overge-

legd van de behandelende specialist, waarin de aard en de ernst van de afwijking vermeld staat en de voorgenomen toe te passen behandeling (met de daarbij behorende C.O.T.G. verrichtingencode). Machtiging wordt verleend, indien de medisch adviseur een medisch somatische noodzaak aanwezig acht.

2. Voor reconstructieve plastische chirurgie, die er geheel dan wel overwegend op gericht is functieverlies van organen of weefsels op te heffen of te verminderen zonder dat hierbij sprake is van een belangrijk esthetisch aspect, worden de kosten, na vooraf verleende machtiging, vergoed zonder specifieke eigen bijdrage.

3. In geval van plastische chirurgie waarbij deels beoogd wordt somatische klachten en functieverlies te verminderen en deels esthetische overwegingen zijn is er sprake van een gemengde indicatie. Betreffende deze plastische chirurgie worden, na vooraf verleende machtiging, de kosten van verpleging en behandeling (hetzij klinisch, dan wel poliklinisch) gedeeltelijk vergoed met inachtneming van de hieronder te noemen bijzondere eigen bijdragen.

a. Voor een plastisch chirurgische operatie met een gemengde indicatie aan het gezicht of hals wordt 90% van de kosten vergoed, met dien verstande dat niet meer dan f 500,- ten laste van de deelnemer zal blijven.

b. Voor plastisch chirurgische operatie tot vergroting of verkleining van borsten of het aanbrengen van inwendige mammaprothesen wordt 80% van de kosten vergoed, met dien verstande dat niet meer dan f 1000,- ten laste van de deelnemer zal blijven. Hiervan uitgezonderd zijn de kosten van mamma-reconstructie in geval van voorafgaande maligniteit. De vergoeding is dan 100%.

c. Voor een plastische operatie met een gemengde indicatie, elders op het lichaam, wordt 50% van de kosten vergoed, met dien verstande dat niet meer dan f 1750,- ten laste van de deelnemer zal blijven.

4. Geen aanspraak op vergoeding of tegemoetkoming in de kosten bestaat voor plastisch-chirurgische operaties of ingrepen, die beogen de betrokkene in een betere lichamelijke toestand te brengen, dan die van vergelijkbare leeftijdgenoten dan wel het doel hebben tatoeeringen of andere kunstmatig aangebrachte veranderingen aan

het menselijk lichaam te verwijderen. Evenmin wordt er een vergoeding gegeven voor het laten verwijderen van overtollig vet en esthetische chirurgie.

5. De deelnemer is gehouden op eerste uitnodiging door de administratie van de Dienst het maximale bedrag dat ingevolge van het bepaalde in het derde lid voor zijn rekening zal blijven, binnen 21 dagen aan de comptabele van de Dienst over te maken.

Artikel 9 Farmaceutische hulp

1. Onder farmaceutische hulp valt de verstrekking van:

- a. Geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelen voorziening in Nederland mogen worden afgeleverd.
- b. Homeopatische en antroposofische geneesmiddelen: produkten als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopatische farmaceutische produkten.
- c. Bloedprodukten als bedoeld in de Wet inzake bloedtransfusies.
- d. Bepaalde dieetpreparaten, bestemd voor medische toepassing, voor zover wordt voldaan aan een aantal voorwaarden. Dieetmiddelen ter vermagering en voedingsmiddelen-additieven worden niet vergoed. Indien er sprake is van de noodzaak van een permanent gebruik van sondevoeding, wordt na afgegeven machtiging een volledige vergoeding van de kosten hiervan en van de bijbehorende toedieningsystemen gegeven.
- e. Verbandmiddelen bestemd voor patiënten met chronische ziekten of aandoeningen.

2. De vergoeding voor bovengenoemde verstrekking wordt als volgt bepaald:

- a. Voor geneesmiddelen: De vergoeding van geneesmiddelen wordt bepaald overeenkomstig de in het Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering opgenomen aanspraken, op de beide voorwaarden dat:
1* deze op recept zijn voorgeschreven door een arts, een artsspecialist, een tandarts, een tandarts-specialist of een verloskundige en
2* afgeleverd zijn door een Nederlandse apotheek vindt plaats volgens de regelgeving van het zogeheten geneesmiddelen vergoedings systeem (GVS). Dit is het systeem waarbij door de overheid voor een bepaalde groep (onderling vergelijkbare) geneesmid-

delen een vergoedingslimiet is vastgesteld. Tot de GVS-vergoedingslimiet wordt de prijs van een geneesmiddel 100% vergoed. Boven deze grens komt het verschil tussen de limiet en de prijs van het geneesmiddel voor eigen rekening van de verzekerde.

- b. Voor homeopatische en antroposofische geneesmiddelen, mits:
1* op voorschrift van een in Nederland gevestigde arts of specialist;
2* afgeleverd door een Nederlandse apotheek wordt een vergoeding gegeven van 90% van de kosten tot een maximum van f 400,- per verzekerde per kalenderjaar.
 - c. Voor bloedprodukten, mits afgeleverd door een Nederlandse apotheek en geleverd op voorschrift van een arts of specialist, wordt een vergoeding gegeven van 100%.
 - d. Voor dieetpreparaten, voor zover deze zijn opgenomen in het Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering wordt een vergoeding verleend van 100%. Vereisten zijn dat:
1* de preparaten op recept van huisarts of specialist zijn voorgeschreven,
2* deze door een Nederlandse apotheek worden afgeleverd en
3* eerst hiervoor een machtiging is afgegeven.
 - e. Voor verbandmiddelen, mits versprekt op voorschrift van een arts of specialist en afgeleverd door een Nederlandse apotheek, wordt een vergoeding gegeven van 100%.
3. Handverkoopartikelen (zelfzorgmiddelen die zonder recept verkrijgbaar zijn) worden niet vergoed.

Artikel 10 Verloskundige hulp

1. Voor verloskundige hulp wordt 100% van de kosten vergoed, onder aftrek van een eigen bijdrage van f 125,-.
2. Deze vergoeding wordt ook uitgekeerd, indien de verloskundige hulp is verleend in een ziekenhuis – zonder dat er sprake is van een medische indicatie – of in een kraaminrichting.
3. De vergoeding wordt eveneens versprekt bij een doodgeborene.
4. In het geval dat tijdens de zwangerschap een indicatie gaat ontstaan voor zwangerschapsbegeleiding door een gynaecoloog, worden de reeds door de huisarts of verloskundige in rekening gebrachte kosten vergoed met inachtneming van een eigen bijdrage van 15% van deze kosten tot een maximum van het in het eerste lid genoemde bedrag.

Artikel 11 Kortdurende thuiszorg

1. Voor alle in dit artikel bedoelde thuiszorg dient men zich telefonisch in verbinding te stellen met DGVP-Zorgservice. Andere dan via de DGVP-Zorgservice betrokken thuiszorg komt niet voor enige vergoeding in aanmerking.

Evenmin bestaat aanspraak op een vergoeding of tegemoetkoming voor hulp van een gezinsverzorgster.

2. Voor ten hoogste 8 uren per etmaal, wordt voor thuiszorg, als aanvulling op de mantelzorg, door een verpleegkundige of een ziekenverzorgende, ten huize en ten behoeve van een terminale patiënt een vergoeding van de kosten gegeven, indien deze hulp noodzakelijk wordt geacht door de behandelende arts en dit door deze schriftelijk kenbaar is gemaakt, onder het voorbehoud van een daartoe strekkende machtiging. De zorg wordt verleend door DGVP-Zorgservice.

3. Vergoeding van de kosten van thuiszorg in aansluiting op ontslag uit een ziekenhuis tot maximaal f 135,- per dag. Dit voor een ononderbroken periode van ten hoogste 13 weken gerekend vanaf de dag van ontslag. Deze vergoeding wordt uitsluitend verleend indien:

- a. de zorg in aansluiting is op verblijf in een ziekenhuis en voor dezelfde aandoening waarvoor het verblijf heeft plaatsgevonden;
- b. er een naar de mening van de medisch adviseur een indicatie bestaat voor deze vorm van thuiszorg en;
- c. er sprake is van een ononderbroken periode;
- d. de Dienst GVP machtiging heeft verleend en;
- e. de zorg wordt verleend door DGVP-Zorgservice;
- f. de hulp is ingezet op de dag van ontslag uit het ziekenhuis.

Deze zorg treedt niet in de plaats van door de AWBZ gefinancierde thuiszorg voorafgaande aan de opname in het ziekenhuis.

4. Vergoeding van de kosten van ziekenhuisvervangende thuiszorg wordt verleend gedurende een door de medische adviseur vast te stellen aantal dagen. Er dient te allen tijde een indicatie te bestaan voor opname en verpleging in het ziekenhuis en de zorg bewerkstelligt dat deze opname wordt voorkomen of vroegtijdig wordt beëindigd. Het toe te staan aantal dagen zal mede afhankelijk zijn van het aantal dagen dat de deelnemer of het gezins-

lid reeds voor deze indicatie in het ziekenhuis is opgenomen geweest danwel opgenomen zou moeten worden. Het aantal uren aan zorg is maximaal 8 per dag. De zorg wordt verleend door DGVP-Zorgservice.

5. Geen aanspraak bestaat op vergoeding van of tegemoetkoming in de kosten van hulp van een gezinsverzorgster;

Artikel 12 Kraamzorg

1. Voor benodigde kraamzorg dient men zich telefonisch in verbinding te stellen met DGVP-Zorgservice. Andere dan via de DGVP-Zorgservice betrokken kraamzorg komt niet voor enige vergoeding in aanmerking.

2. Voor kraamzorg thuis wordt voor ten hoogste 64 uren, verdeeld over een periode van tien dagen, beginnend met de dag van de bevalling, de door het kraamcentrum gedeclareerde kosten voor 100% vergoed, onder aftrek van een eigen bijdrage van f 6,- per uur.

3. In het geval de kraamvrouw, na een opname in een ziekenhuis of een kraaminrichting voor langer dan 24 uur, deze instelling verlaat binnen de onder het tweede lid gestelde periode van 10 dagen, wordt de kraamzorg vergoed die gedurende het resterende deel van deze periode nog wordt verleend, met inachtneming van de genoemde eigen bijdragen.

4. De deelnemer dient zich voor het verkrijgen van kraamzorg uiterlijk vijf maanden voor de vermoedelijke datum van bevalling te melden tot de DGVP-Zorgservice.

5. Een deelnemer krijgt f 50,- uitgekeerd voor elke dag van de periode van ten hoogste tien dagen, indien de vergoeding voor kraamzorg waarop men recht heeft, niet wordt geclaimd.

6. In het geval van een poliklinisch bevalling in een ziekenhuis of een kraaminrichting plaatsvindt en deze instelling binnen 24 uur na de bevalling verlaten wordt, wordt van de door het ziekenhuis of kraaminrichting in rekening gebrachte kosten, overeenkomstig het tarief voor een poliklinische bevalling (M9-tarief), ten hoogste f 750,- vergoed. Het betreffende tarief is inclusief genees-, verband- en narcosemiddelen en kunst en hulpmiddelen en inclusief gebruik verloskamer.

7. In het geval een kraamvrouw in verband met de bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting is opgenomen zonder dat daarvoor een medische

indicatie aanwezig was, worden over een periode van ten hoogste tien dagen, die aanvangt op de dag van de bevalling, de door de inrichting in rekening gebrachte kosten vergoed, onder aftrek van f 48,- per dag, met dien verstande dat ten hoogste f 250,- per dag wordt vergoed.

8. Voor verpleging en behandeling in een ziekenhuis in verband met een klinische bevalling op medische indicatie, wordt een vergoeding gegeven overeenkomstig het bepaalde in artikel 18.

9. De in dit artikel genoemde vergoedingen gelden ook in geval van een doodgeborene.

Artikel 13 Paramedische verrichtingen

1. Onder paramedische verstrekkingen vallen de hieronder te noemen vormen van therapie:

a. fysiotherapie, waaronder wordt begrepen:

1* bewegings- en oefentherapie, door een fysiotherapeut of heilgymnast-masseur;

2* massagetherapie, door een fysiotherapeut of heilgymnast-masseur;

3* fysische therapie in engere zin, waarmee het toepassen van thermische, elektrische, chemische en kinetische middelen wordt bedoeld;

b. oefentherapie volgens de methode Mensendieck

c. oefentherapie volgens de methode Cesar

d. logopedische en foniatrische behandeling door een logopedist

e. orthoptische behandelingen

f. injecties toegediend door een wijkverpleegkundige

g. hulp verleend door de trombose-dienst

h. behandeling door een chiropractor

i. behandeling door een oedeemtherapeut

j. behandeling door een podotherapeut bij diabetici

k. behandeling door een manueel therapeut

l. groepstherapie ter behandeling van stotteren

m. extra-murale behandeling door een ergotherapeut

2. De kosten van de tijdens een verpleging in een ziekenhuis toegepaste paramedische behandelingen, genoemd onder a t/m c en h t/m k worden voor zover deze in het kader van de indicatie van de ziekenhuisopname worden uitgevoerd, volledig vergoed. Aan het aantal te vergoeden paramedische behandelingen is tijdens

een ziekenhuisopname geen limiet gesteld.

3. Indien er geen sprake is van opname in een ziekenhuis worden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, een heilgymnast/masseur, een Mensendieck- of Césartherapeut, een ergotherapeut die verbonden is aan een revalidatiecentrum, verpleeghuis, ziekenhuis of thuiszorg-organisatie, voor 90% vergoed, met dien verstande dat een deelnemer ingedeeld in groep A ten hoogste f 30,- per kalenderkwartaal zelf bijdraagt en de deelnemer uit groep B ten hoogste f 45,- per kalenderkwartaal zelf bijdraagt.

Voor ergotherapie geldt een maximum vergoeding van f 200,- per gezinslid per kalenderjaar. Wanneer naar het oordeel van de arts of behandelend specialist na de eerste reeks van negen behandelingen voortzetting van therapie noodzakelijk wordt geacht, dient hiervoor machtiging aangevraagd te worden. Hiertoe is herbeoordeling door de arts of behandelend specialist noodzakelijk. Deze machtiging kan worden verstrekt indien een op een speciaal formulier (opvraagbaar bij de Dienst) een behandelplan wordt ingediend, waarin de aard en ernst van de afwijking, het aantal en de soort voorgenomen verdere behandelingen en het reeds behaalde behandelingsresultaat staan vermeld.

Dit behandelplan zal door de medisch adviseur worden beoordeeld.

Uitsluitend indien de medisch adviseur de medische noodzaak onderkent kan de behandeling voor rekening van de Dienst GVP worden voortgezet.

4. Voor vergoeding van een reeks van 24 behandelingen door een logopedist volstaat de verwijzing door de huisarts of een specialist. De vergoeding bedraagt 90%, met dien verstande dat een deelnemer uit groep A niet meer dan f 30,- per kalenderkwartaal en een deelnemer uit groep B niet meer dan f 45,- per kalenderkwartaal zelf dient bij te dragen. Voor vergoeding van de kosten van een langduriger behandeling na de eerste reeks van 24 behandelingen is machtiging vereist. Hiertoe dient door de logopedist een behandelplan te worden ingediend.

5. De kosten van behandelingen, genoemd onder e t/m g worden volledig vergoed, mits deze door een arts of een specialist zijn voorgeschreven.

Hiervoor is geen machtiging vereist.

6. Huur van apparatuur voor uitwendige geneeswijzen komt maximaal 3

maanden in enige periode van 12 maanden voor vergoeding in aanmerking.

7. Niet vergoed worden: de kosten van aankoop van apparatuur voor uitwendige geneeswijzen, huur van sauna, solarium, hoogtezon en zonnebank.

8. Haptonomische therapie, mits verricht door een fysiotherapeut, wordt beschouwd als een vorm van fysiotherapie. De vergoeding wordt toegekend naar het tarief voor oefentherapie en massage door een fysiotherapeut. Het maximum aantal te vergoeden haptonomische behandelingen is negen.

Vergoeding wordt verleend overeenkomstig het derde lid.

9. In de kosten van chiropractische behandeling wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven van 90% tot een maximum van f 67,50 per behandeling. Per kalenderjaar worden maximaal 9 behandelingen vergoed mits de behandelaar lid is van de Nederlandse Chiropractoren Associatie.

10. In de kosten van een op verwijzing van een medisch specialist uitgevoerde oedeemtherapie wordt een tegemoetkoming gegeven van 90% tot een maximum van f 60,- per behandeling. Per kalenderjaar worden maximaal 20 behandelingen vergoed.

11. In de kosten van een medisch specialist uitgevoerde podo-therapeutische behandeling, wordt alleen ten aanzien van patiënten met diabetes mellitus een tegemoetkoming gegeven van 90% tot een maximum van f 150,- per kalenderjaar, exclusief de vergoeding voor de levering van de speciale zolen.

12. In de kosten van een op verwijzing van de huisarts of een specialist uitgevoerde manuele therapie door een manueel therapeut, wordt per behandeling een tegemoetkoming gegeven van 90% van het door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde tarief voor manuele therapie door een fysiotherapeut. Per kalenderjaar worden maximaal 9 behandelingen vergoed.

13. Eerst nadat 24 logopedische behandelingen onvoldoende resultaat hebben opgeleverd worden van de kosten van individuele stottertherapie anders dan door een logopedist 90% van de kosten vergoed tot een maximum van f 30,- per behandeling.

Voor een groepstherapie ter behandeling van stotteren wordt een tegemoetkoming gegeven van 90% van de kosten tot een maximum van f 700,-

voor de gehele cursus. Deze vergoeding wordt slechts één maal per verzekerde verleend. Machtiging wordt eerst verleend nadat 24 logopedische behandelingen onvoldoende soelaas hebben geboden.

Artikel 14 Bijzondere medische verrichtingen, onderzoeken en behandelingen

1. Voor diagnostische verrichtingen, die verband houden met geneeskundige onderzoeken, indien deze althans door huisarts of specialist zijn voorgeschreven en in omvang beperkt zijn tot die verrichtingen die in hun kring gebruikelijk zijn, worden de kosten 100% vergoed.

2. Kosten van zogeheten periodiek geneeskundig onderzoek, medische check-ups, rijbewijs- en sportkeuringen worden niet vergoed.

3. Erfelijkheidsonderzoek, erfelijkheidsadviesing en onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten omvatten onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van prenataal en postnataal chromosomenonderzoek en prenatale en postnatale biochemische diagnostiek. In dit onderzoek is mede begrepen:

a. afnemen of uitnemen van het te onderzoeken materiaal;

b. lichamelijk onderzoek van de (vermoedelijke) dragers van erfelijke afwijkingen;

c. stamboomonderzoek ter bepaling van de vererving van een afwijking;

d. enzymologisch biochemisch (basis)diagnostisch bloedonderzoek.

Het erfelijkheidsonderzoek dient plaats te vinden in een erkend centrum voor erfelijkheidsonderzoek, op verwijzing van een huisarts of een specialist. De lijst van erkende centra is opvraagbaar bij de Dienst.

4. De kosten van en verband houdend met erfelijkheidsonderzoek, erfelijkheidsadviesing en enzymologisch biochemisch onderzoek worden volledig vergoed, indien vooraf hiervoor machtiging is verleend, waartoe een degelijke onderbouwing van de verwijzende arts vereist is.

5. De kosten van het gebruik van een operatie- of behandelkamer in een erkend ziekenhuis worden volledig vergoed.

6. Na voorafgaande machtiging kan een tegemoetkoming worden gegeven van f 50,- per dag, met een maximum van f 1.500,- per jaar in de kosten van behandelingen van patiënten lijdend

aan psoriasis respectievelijk aan de ziekte van Bechterev in door de Commissie te bepalen kuuroorden of speciale behandelcentra. 7. Na verleende toestemming door de medisch adviseur wordt een vergoeding van maximaal f 1100,- per kuur van 8 weken gegeven voor de huur van een UVB-lichtcabine. Deze cabine dient te worden uitgezet door een organisatie waarmee de Dienst een overeenkomst heeft gesloten. U dient hiertoe contact op te nemen met de Dienst.

Artikel 15 Hulpmiddelen

1. Hoofdingeling van de hulpmiddelen.

– prothesen (15.3.a.)

– mammaprothesen (15.3.b.)

– gelaatsprothesen (15.3.c.)

– oogprothesen (15.3.d.)

– orthesen (15.3.e.)

– verzorgingsmiddelen (15.3.f.)

– pessaria (15.3.g.)

– hulpmiddelen voor mobiliteit van personen (15.3.h.)

– pruiken (15.3.i.)

– injectiespuiten + naalden (15.3.j.)

– elastische kousen (15.3.k.)

– hulpmiddelen bij diabetes (15.3.l.)

– apparatuur voor positieve uitademingsdruk (15.3.m.)

– draagbare infuuspompen met toebehoren (15.3.n.)

– schoenvoorzieningen . (15.3.o.)

– hulpmiddelen voor het toedienen van voeding (15.3.p.)

– inrichtingselementen van woningen (15.3.q.)

– hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering . (15.3.r.)

– zuurstofapparatuur met toebehoren (15.3.s.)

– longvibratoren (15.3.t.)

– vernevelaars met toebehoren (15.3.u.)

– uitwendige elektro-stimulatoren tegen chronische pijn (15.3.v.)

– solo-apparatuur met toebehoren . (15.3.w.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

– tactiel leesapparatuur met toebehoren (15.3.x.)

<p>a. Prothesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prothesen voor schouder, arm of hand, al dan niet bekrachtigd. – Algemeen gangbare hulp- en aanzetstukken voor armprothesen. – Prothesen voor voet of been. <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Voor een bekrachtigde uitvoering is een schriftelijke toelichting van een revalidatie-arts nodig. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het vergoedingspercentage is 100%. <p>b. (Uitwendige) Mammaprothesen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Vloeistofhoudende prothese; – Niet-vloeistofhoudende prothese. <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Vergoeding is één maal per kalenderjaar mogelijk. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bij vergoedingspercentage is 100%. <p>c. Gelaatsprothesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dit zijn prothesen die ten behoeve van de verzekerde afzonderlijk worden gemaakt, ter bedekking van een defect aan het aangezicht of een gedeelte ervan. <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Een door een specialist toegelichte aanvraag is voor de aanschaf noodzakelijk. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het vergoedingspercentage is 100%. <p>d. Oogprothesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – volledige oogprothese; – scleraschaal; – scleralens. <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Voor de scleraschaal en de scleralens is een voorschrift van de behandelende oogarts noodzakelijk. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het vergoedingspercentage is 100%. <p>e. Orthesen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Korset voor afwijkingen aan de werkelkolom; – Orthopedische beugelapparatuur; – Verstevigde spalk-, redressie- of correctieapparatuur waarop de verzekerde langdurig is aangewezen. – Kap ter bescherming van de schedel in geval van een schedeldefect; – Tracheacanule; – Stemprothese of spraakversterker, al dan niet gecombineerd; – Breukband of buikbreukband; – Volledig individueel vervaardigd orthopedisch maatschoeisel of binnenschoenen en semi-orthopedisch schoeisel met individuele aanpassing. – Orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen; – Verhoging van de gehele buitenzool 	<ul style="list-style-type: none"> van confectieschoenen, van tenminste 3 cm; – Wiggen; – Steunzolen; – Podo-therapeutische zolen. <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Voorschrift van een arts is noodzakelijk. – Verstrekking is één maal per kalenderjaar mogelijk. – Verstevigde spalk redressie- of correctieapparatuur waarop de verzekerde langdurig is aangewezen en die worden voorgeschreven en aangeschaft ter preventie van (sport)blesures of moeten dienen ter ondersteuning bij kortdurende postoperatieve revalidatie, komen niet voor vergoeding in aanmerking. – Bij eerste aankoop van orthopedische schoenen kan éénmalig een extra vergoeding voor een reserve paar worden toegekend. – Voor de orthopedische voorziening aan confectieschoenen wordt uitsluitend een vergoeding verleend indien het een verhoging van de gehele buitenzool betreft vanaf 3 cm. – Ten behoeve van personen die de leeftijd van zestien jaar nog niet bereikt hebben, kan ten aanzien van het maximum te vergoeden aantal afgeweken worden. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Van de steunzolen en podotherapie zolen blijft f 50,- per paar voor eigen rekening. <p>f. Verzorgingsmiddelen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Draagurinaal – Voorzieningen voor stomapatiënten, niet zijnde verbandmiddelen – Stompkousen; – Catheters, al dan niet met toebehoren; – Incontinentie-absorptiematerialen, met inbegrip van anale tampons; – Drukpakken voor de behandeling van brandwonden; <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bij de eerste aanschaf dient een machtiging te worden aangevraagd. <p>Vervanging kan zonder toestemming plaatsvinden. – Voorzieningen voor stomapatiënten, niet zijnde verbandmiddelen dienen te worden aangeschaft bij een leverancier waarmee de Dienst GVP ter zaken een overeenkomst heeft afgesloten.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Op incontinentie-absorptiematerialen, met inbegrip van anale tampons kan geen aanspraak gemaakt worden indien sprake is van normale, fysiologische vorm van incontinentie bij kinde- 	<ul style="list-style-type: none"> ren beneden de leeftijd van zeven jaar, dan wel wanneer er alleen sprake is van enuresis nocturna (nachtelijke incontinentie). – Per aflevering maximaal voor één maand. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het vergoedingspercentage is 100% <p>g. Pessaria:</p> <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Voorschrift van een arts is noodzakelijk. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het vergoedingspercentage is 100% <p>h. Hulpmiddelen voor mobiliteit van personen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Loophulpmiddelen, die niet aan het lichaam bevestigd zijn, waarop de verzekerde langdurig is aangewezen, te weten krukken, rollators en loophulpen met drie of vier poten en looprekjes. – Serveerwagens; – Blindenstokken. <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aanspraak op deze verstrekking bestaat bij een loopfunctiestoornis, dan wel een handfunctiestoornis. – Vooraf is toestemming van de Dienst GVP nodig. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende arts. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het vergoedingspercentage is 100%; – Loophulpmiddelen en serveerwagens worden in bruikleen verstrekt. <p>i. Pruiken.</p> <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Uitsluitend indien de verzekerde door ziekte of door het gebruik van bepaalde geneesmiddelen kaalhoofdig is, wordt voor een gehele of gedeeltelijke pruik een vergoeding gegeven. – Bij de eerste aanschaf dient een machtiging te worden aangevraagd. – Vervanging kan zonder toestemming plaatsvinden. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het vergoedingspercentage is 75% van de kosten tot een maximum van f 545,50. – Vergoeding één maal per kalenderjaar. <p>j. Injectiespuiten + naalden.</p> <p>Verstrekkingsvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bij de eerste aanschaf dient een machtiging te worden aangevraagd. – Vervanging kan zonder toestemming plaatsvinden. – Aanspraak bestaat bij bepaalde aandoeningen die een langdurig gebruik van deze toedienings-hulpmiddelen
--	---	--

<p>noodzakelijk maken (zoals suikerziekte).</p> <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het vergoedingspercentage is 100% – Vergoeding wordt toegekend in overeenstemming met een redelijk verbruik van deze middelen. <p>k. Elastische kousen.</p> <p>Verstrekkingvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bij de eerste aanschaf dient een schriftelijke toelichting van de behandelend arts te worden overgelegd. <p>Vervanging kan zonder toestemming van de Dienst plaatsvinden.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aanspraak bestaat op elastische kousen (voor benen) met een drukwaarde van meer dan 3.3. kilopascal per cm² (drukwaarde II. III of IV). <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het vergoedingspercentage is 100% – Per negen maanden wordt maximaal twee paar vergoed. <p>l. Hulpmiddelen bij diabetes mellitus.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Apparatuur voor het zelf afnemen van bloed; – Testmateriaal voor het zelf bepalen van het glucosegehalte. <p>Verstrekkingvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bij de eerste aanschaf dient een schriftelijke toelichting van de behandelend arts te worden overgelegd. <p>Vervanging kan zonder toestemming van de Dienst plaatsvinden.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bedoelde middelen worden slechts vergoed bij insuline-afhankelijke suikerziekte. – In geval van ernstige visusafwijkingen, waarbij het gebruik van de standaarduitvoering van het testmateriaal voor het zelf bepalen van de glucosegehalte niet bruikbaar is, bestaat aanspraak van het in bruikleen verstrekken van elektronisch bloedsuiker meetapparatuur. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het vergoedingspercentage is 100% <p>m. Apparatuur voor positieve uitademingsdruk.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aangezichtsmasker; – Mondstuk met aanzetstukken, bestaande uit een weerstandsbuis en een in- en uitademingsweg scheidend ademventiel; – CPAP-apparatuur. <p>Verstrekkingvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Voor een aangezichtsmasker en een mondstuk met aanzet dient de eerste aanvraag vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende long- of kinderarts. – Voor CPAP-apparatuur dient de indicatie gesteld te zijn door een specialist, verbonden aan een ziekenhuis waar 	<p>men gespecialiseerd is in slaaponderzoek.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Vervanging kan zonder toestemming plaatsvinden. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het vergoedingspercentage is 100% tot een maximum vergoeding van f 253,50. – CPAP-apparatuur wordt in bruikleen verstrekt. <p>n. Draagbare infuuspompen met toebehoren.</p> <p>Verstrekkingvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aanspraak bestaat slechts bij een beperkt aantal indicaties. De eerste aanvraag dient dan ook vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende specialist. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het middel wordt in bruikleen verstrekt. <p>o. Niet-orthopedische schoenvoorzieningen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Verbandschoenen. – Allergeenvrije schoenen. <p>Verstrekkingvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De verstrekking van verbandschoenen is beperkt tot bepaalde indicaties. De indicatie dient bij de eerste aanschaf uit een voorschrift van de behandelend arts te blijken. – De verstrekking van allergeenvrije schoenen vindt alleen plaats bij een door een dermatoloog of allergoloog vastgestelde allergie. De aard van de allergie moet bij de eerste aanvraag worden beschreven. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De vergoeding voor verbandschoenen is 100% tot een maximum van f 281,50; – Voor allergeenvrije schoenen bestaat een eigen bijdrage voor verzekerden van f 120,-. Van het verschil tussen de aanschafkosten minus de eigen bijdrage wordt een maximumbedrag van f 474,-vergoed. – Vergoeding één maal per kalenderjaar. <p>p. Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Niet-klinisch ingebrachte sonde. – Uitwendige voedingspomp. – Uitwendig toebehoren voor het toedienen van parenterale voeding. – Eetapparaat. <p>Verstrekkingvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende arts. – De kosten van genees- en verbandmiddelen zijn niet inbegrepen. <p>Vergoeding:</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Het vergoedingspercentage voor niet-klinisch ingebrachte sonde en uitwendig toebehoren voor het toedienen van parenterale voeding is 100%. – De middelen uitwendige voedingspomp en het eetapparaat worden in bruikleen verstrekt. <p>q. Inrichtingselementen van woningen.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aan een handicap aangepaste stoel; – Aan een handicap aangepaste tafel; – Anti-decubitus zitkussen; – Bed in speciale uitvoering + matras; – Anti-decubitus bed, matras en overtrek; – Dekenboog; – Onrusthek, bedgalg en portaal; – Bedverkort en -verlenger; – Allergeen- en stofdichte matras en kussenhoes. <p>Verstrekkingvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aanspraak bestaat indien men langdurig op deze middelen is aangewezen en vooraf toestemming is verleend door de Dienst GVP. – Voor bed in speciale uitvoering en matras, anti-decubitus bed, matras en overtrek, dekenboog, onrusthek, bedgalg en portaal geldt dat het gebruik moet strekken tot behoud van de zelfstandigheid en opname in een instelling wordt voorkomen, of indien sprake is van een indicatie voor verpleging. – Voor aanspraak op allergeen- en stofdichte matras en kussenhoes moet een specialist de allergie hebben vastgesteld. – De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts. <p>Vergoeding:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Het vergoedingspercentage is 100%. <p>r. Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Computers voor lichamelijk gehandicapten. – Schrijfmachines voor gehandicapten. – Rekenmachines voor lichamelijk gehandicapten. – Invoer- en uitvoerapparatuur voor de drie hierbovengenoemde hulpmiddelen. – Computerprogrammatuur voor visueel gehandicapten. – Bladomslagapparatuur. – Cassette- en memorecorders voor visueel gehandicapten. – Telefoons en telefoonhulpmiddelen. – Spraakvervangende hulpmiddelen bij ernstige spraakhandicap. – Signaleringsapparatuur en alarmringssystemen. <p>Verstrekkingvoorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De eerste aanvraag dient vergezeld
--	--	---

te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelende arts.

– Aanspraak op computers bestaat alleen indien de gehandicapte voor communicatie of bediening van huishoudelijke hulpmiddelen nagenoeg geheel op deze hulpmiddelen is aangewezen.

– Aanspraak op schrijfmachines bestaat alleen indien de gehandicapte voor het onderhouden van maatschappelijke contacten nagenoeg geheel op deze middelen is aangewezen.

Vergoeding:

– De in dit onderdeel genoemde hulpmiddelen worden in bruikleen verstrekt.

s. Zuurstofapparatuur met toebehoren.

Verstrekkingsvoorwaarden:

– Voor deze verstrekking heeft de Dienst een overeenkomst gesloten met een leverancier van medicinale gassen. Om voor de verstrekking in aanmerking te komen dient u contact op te nemen met de Dienst GVP.

Vergoeding:

– Het middel wordt in bruikleen verstrekt.

t. Longvibratoren.

Verstrekkingsvoorwaarden:

– De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts.

Vergoeding:

– Het middel wordt in bruikleen verstrekt.

u. Vernevelaars met toebehoren.

Verstrekkingsvoorwaarden:

– De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts.

Vergoeding:

– Het middel wordt in bruikleen verstrekt.

v. Uitwendige zenuwstimulatoren tegen chronische pijn.

Verstrekkingsvoorwaarden:

– De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts.

Vergoeding:

– Het middel wordt in bruikleen verstrekt.

w. Solo-leesapparatuur met toebehoren.

Verstrekkingsvoorwaarden:

– De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van een audiologisch centrum.

Vergoeding:

– Het middel wordt in bruikleen verstrekt.

x. Tactiel leesapparatuur met toebehoren.

Verstrekkingsvoorwaarden:

– De eerste aanvraag dient vergezeld te gaan van een schriftelijke toelichting van de behandelend arts en een advies van 'Het Loo Erf'.

Vergoeding:

– Het middel wordt in bruikleen verstrekt.

4. Indien bij de verstrekking wordt aangegeven dat het middel in bruikleen wordt verstrekt dient hiertoe een bruikleenovereenkomst met de Dienst te worden afgesloten. Voor enkele bruikleenartikelen kan een waarborgsom van f 250,- worden gevraagd.

5. De kosten van reparaties van de in dit artikel genoemde middelen, die de helft van de vervangingswaarde van het middel niet te boven gaan, worden vergoed. Voor de reparatie van een pruij worden de kosten tot een maximumbedrag van f 245,- vergoed.

Artikel 16 Gehoorhulpmiddelen

1. Onder gehoorhulpmiddelen wordt verstaan:

a. Hoortoestellen:

Electro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik, in gewone dan wel bijzondere uitvoering, bestemd om op of aan het menselijk lichaam te worden gebruikt, ter verbetering van een gestoord gehoor, alsmede de zogenaamde gehoorlepels of gehoorslangen die het geluid via mechanische weg versterken, waarbij als bijzondere uitvoering van een electro-akoestisch hoortoestel wordt beschouwd een:

1* cros-uitvoering;

2* bicos-uitvoering

3* beengeleider-uitvoering;

4* uitvoering met één ingebouwde

microfoon en twee aansluitingen;

5* uitvoering met één uitwendige

microfoon met één aansluiting;

6* uitvoering met één ingebouwde

microfoon, één uitwendige microfoon

en één aansluiting;

7* in het schedelbeen verankerd.

b. Ringleidingen

Deze bestaan uit snoer en versterker met eventueel een tafelmicrofoon dan wel infrarood-apparatuur voor geluids-overdracht.

2. De vergoeding wordt slechts verstrekt indien bij aanschaf een schriftelijke toelichting met audiogram vereist is van een audiologisch centrum of een KNO-arts. Vervanging van oorstukjes en batterijen valt ook onder de verstrekking.

3. De vergoedingen worden, met uitzondering voor oorstukjes en batterijen, slechts éénmaal in een periode van vijf kalenderjaren toegekend.

Reparatiekosten worden niet vergoed, indien deze meer dan de helft bedragen van de vervangingswaarde. Ten behoeve van personen die de leeftijd van achttien jaar nog niet bereikt hebben kan worden afgeweken van de hierboven genoemde termijn van vijf jaar, indien huisarts of specialist eerdere vervanging noodzakelijk acht.

4. De vergoeding wordt als volgt berekend:

a. Voor gehoorhulpmiddelen, met uitzondering van het onder het eerste lid, onder b bedoelde toestel, wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven van 90% met inachtneming van een van de uitvoering afhankelijke bovengrens.

b. Voor eigen rekening van de verzekerde blijven de kosten van een hoortoestel boven het bedrag van f 1350,-.

c. Bij de aanschaf van twee hoortoestellen is de maximale vergoeding f 2700,-.

d. Indien het toestel is opgenomen in een brilmontuur blijven voor eigen rekening van de verzekerde de kosten boven het bedrag van f 1485,-.

e. In de kosten van de bij de aanschaf van het hoortoestel behorende batterijen, accu's, snoeren en oorstukjes, alsmede van de vervanging van oorstukjes en batterijen wordt een tegemoetkoming gegeven van 100%.

f. Het onder eerste lid, onder b bedoelde hoortoestel wordt in bruikleen verstrekt.

g. Voor een ringleiding wordt een tegemoetkoming in de kosten verleend van 90% tot een maximum vergoeding van f 398,00.

Artikel 17 Gezichtshulpmiddelen (optische hulpmiddelen)

1. Onder gezichtshulpmiddelen wordt verstaan:

a. Bril (montuur en glazen);

b. Contactlenzen;

c. Bandagelenzen;

d. Bijzondere optische hulpmiddelen.

2. Bij verstrekking van de vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

a. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een voorschrift (waarop de visussterkte van de ogen vermeld staat) van een opticien, optometrist, huisarts of oogarts.

b. Voor bijzondere optische hulpmiddelen geldt tevens dat de verzekerde

een dusdanig verlies van gezichtsvermogen heeft, dat redelijkerwijs niet kan worden volstaan met een van de optische hulpmiddelen als genoemd onder a t/m c De aanvraag dient vergezeld te gaan met een schriftelijke toelichting van de oogarts.

3. De vergoedingstermijn is gesteld op 1x per 2 kalenderjaren. De vergoeding bedraagt voor:

a. Een montuur:

100% van de kosten tot een maximum van f 125,-. Indien uit het voorschrift blijkt dat het gebruik van twee brillen (zowel voor afstand als nabij) noodzakelijk wordt geacht, wordt de vergoeding verdubbeld.

b. Brillenglazen:

100% van de kosten tot een maximum van:

1* f 40,- per glas voor enkelvoudige glazen met een spherische sterkte vanaf S-6 tot en met S+6 en een cilindrische sterkte vanaf C-4 tot en met C+4;

2* f 100,- per glas voor andere enkelvoudige glazen;

3* f 150,- per glas voor andere dan enkelvoudige glazen. Indien prismatische of lenticulaire glazen zijn voorgeschreven worden de extra kosten voor het aanbrengen van deze voorziening vergoed.

De verstrekkingstermijn van twee kalenderjaren kan worden bekort, indien uit medisch voorschrift blijkt dat een verandering van brilglassterkte noodzakelijk wordt geacht.

c. Contactlenzen:

Voor contactlenzen of wegwerpcontactlenzen wordt eenmaal per twee kalenderjaren per paar hetzelfde bedrag vergoed als voor een bril met overeenkomstige sterkte zou worden vergoed. In een periode van twee kalenderjaren wordt slechts een vergoeding gegeven voor óf contactlenzen óf wegwerpcontactlenzen. Er wordt geen maximum vergoeding gesteld, indien er van één van de volgende medische indicaties sprake is:

1* ernstige hoornvliesonregelmatigheden;

2* anisometropie van meer dan 4 D;

3* brekingsafwijkingen van meer dan 10 D;

4* anatomische defecten, die het dragen van een bril onmogelijk maken.

Contactlensvloeistoffen worden slechts vergoed indien er sprake is van een van de hierboven genoemde medische indicaties voor contactlenzen. De maxi-

male vergoeding is f 100,- per kalenderjaar per verzekerde.

d. Bandagelenzen, zonder visuscorrigerende werking:

Bandagelenzen worden volledig vergoed. Er gelden geen beperkingen ten aanzien van de verstrekkingstermijn.

e. Bijzondere optische hulpmiddelen: Deze zijn bestemd voor rechtstreekse waarneming, met inbegrip van montuur, statief of verlichting, indien deze met het hulpmiddel één geheel vormen.

Van deze categorie bijzondere optische hulpmiddelen is de TV-loupe een bruikleenartikel, voor de overige van deze middelen geldt een vergoedingspercentage van 100%.

4. Bij de aanschaf van optische hulpmiddelen gelden de volgende aanvullende voorwaarden:

a. Het voorschrift van de opticien, optometrist, huisarts of oogarts mag niet ouder zijn dan drie maanden op de datum van levering van het betreffende optische hulpmiddel en dient de visussterkte te vermelden.

b. Reparatiekosten van optische hulpmiddelen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

c. Ten behoeve van personen die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt kan worden afgeweken van de vermelde verstrekkingstermijn indien de huisarts of specialist vervinging binnen die termijn noodzakelijk acht.

Artikel 18 Verpleging en behandeling in een ziekenhuis

1. Behoudens het bepaalde in artikel 8, ten aanzien van plastische chirurgie, worden de kosten van behandeling en verpleging in een ziekenhuis vergoed onder de volgende bepalingen:

a. voor deelnemers en hun gezinsleden ingedeeld in groep A, worden de kosten vergoed van ziekenhuisopneming in de laagste klasse. Indien de opneming in een hogere klasse plaatsvindt, worden de kosten vergoed tot het bedrag, dat voor verpleging in de laagste klasse zou zijn berekend;

b. voor deelnemers en hun gezinsleden ingedeeld in groep B, worden de kosten vergoed van de ziekenhuisopneming in de laagste tweede klasse. Indien opneming plaatsvindt in een hogere klasse, worden de kosten vergoed tot het bedrag dat voor verpleging en behandeling in de laagste tweede klasse zou zijn berekend;

c. voor kinderen van deelnemers, die

opgenomen worden in de kinderafdeling van een ziekenhuis worden, de daaraan verbonden kosten vergoed.

2. Er bestaat vrije keuze uit de ziekenhuizen die in de woon- of verblijfplaats van de betrokkene of in de omgeving daarvan gevestigd zijn. Op medische gronden kan de medisch adviseur opneming toestaan in een ziekenhuis, dat buiten de bedoelde locaties is gevestigd.

3. Voor ziekenhuisopneming ten behoeve van plastische chirurgie worden de kosten slechts vergoed na vooraf verkregen machtiging van de Dienst GVP.

4. De vergoedingen worden alleen toegekend, indien en voor zo lang de behandelende arts verpleging en behandeling op medische gronden noodzakelijk acht en de medisch adviseur deze mening kan delen.

Artikel 19 Verpleging en behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis

1. De vergoeding voor verpleging en behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis vindt plaats conform de bepalingen van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (A.W.B.Z.).

Artikel 20 Psychotherapie en psychiatrische deeltijdbehandeling

De vergoeding voor psychotherapie en psychiatrische deeltijdbehandeling geschiedt conform de richtlijnen van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (A.W.B.Z.).

Artikel 21 Verpleging, behandeling of verblijf in een sanatorium, herstellingsoord, therapeutisch astmakamp, Ronald MacDonaldhuis, instituut voor stottertherapie

1. Voor verpleging en behandeling in een sanatorium worden de kosten volledig vergoed.

2. Indien er sprake is van in medisch opzicht bijzondere omstandigheden, zoals in het geval van het ontbreken van doelmatige verzorging thuis en noodzakelijke controle bij het herstel na ziekte of operatie, herstel na psychiatrische overbelasting of het leren omgaan met een verworven handicap, wordt in de kosten van een verblijf in een erkend herstellingsoord een tegemoetkoming gegeven van 90% tot een maximum van f 90,- per dag voor een periode van maximaal zes weken. De in medisch opzicht bijzondere omstandigheden dienen voor de noodzakelijke machtiging, ten behoeve van de

medisch adviseur, door huisarts of specialist aannemelijk te worden gemaakt.

3. Voor een verblijf in een therapeutisch astma-kamp voor jongeren tot zestien jaar, wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven van f 30,- per dag gedurende maximaal één maand, na daartoe vooraf verkregen machtiging.

4. Voor het verblijf van deelnemers en/of hun gezinsleden in een Ronald MacDonalddhuis of een instelling van soortgelijke aard, wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven van 90% tot een maximum van f 25,- per dag gedurende maximaal één maand.

5. In de kosten van verblijf in een instituut voor stottertherapie wordt een tegemoetkoming gegeven van 90%, tot een maximum van f 30,- per dag.

Artikel 22 Revalidatiezorg

1. Onder revalidatiezorg dient het volgende te worden verstaan: Revalidatiezorg omvat onderzoek, behandeling en advisering van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke of revalidatie-technische aard, volgens de algemeen aanvaarde standaard, al dan niet gepaard gaande met verzorging, verpleging of verblijf in een instelling gedurende het etmaal of een deel daarvan, gericht op het voorkomen of verhinderen van een handicap als gevolg van stoornissen of beperkingen van het bewegingsapparaat, teneinde de verzekerde in staat te stellen een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden welke, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk zijn.

2. Onder klinische revalidatie moet worden verstaan: opnemings in een revalidatie-centrum of in een ziekenhuis met het speciale doel een patiënt daar te revalideren.

Ten aanzien van de voorwaarden en vergoedingen hiervoor, wordt verwezen naar het in artikel 18 bepaalde aangaande verpleging en behandeling in een ziekenhuis.

3. Onder Poliklinische revalidatie/ Revalidatie-dagbehandeling moet worden verstaan: verzorging en behandeling gedurende een deel van een etmaal in een inrichting van tijdelijk of blijvend gehandicapten, zonder dat er sprake is van (klinische) opnemings. De kosten worden volledig (100%) vergoed, indien een revalidatie-arts deze behandeling nodig acht en daarvan schriftelijk, ten behoeve van de

medisch adviseur heeft doen blijken. In de aanvraag dient te worden aangegeven hoeveel revalidatiebehandelingen (RBU's) noodzakelijk worden geacht. Machtiging vooraf is noodzakelijk.

Artikel 23 Haemodialyse

Chronisch intermitterende haemodialyse, die door een specialist is voorgeschreven, wordt volledig vergoed. De haemodialyse kan plaats vinden in een dialysecentrum of in een daartoe onder verantwoordelijkheid van het dialysecentrum ingerichte ruimte, bijvoorbeeld ten huize van de patiënt.

Artikel 24 Mechanische beademing

Chronisch intermitterende beademing, die door een specialist is voorgeschreven, wordt volledig vergoed. De beademing kan plaatsvinden in een beademingscentrum of in een daartoe onder verantwoordelijkheid van het beademingscentrum ingerichte ruimte, bijvoorbeeld ten huize van de patiënt.

Artikel 25 Sterilisatie

Voor een ingreep tot sterilisatie van een man of vrouw worden de kosten vergoed overeenkomstig het bepaalde in artikel 6, wanneer het een poliklinische ingreep betreft en overeenkomstig het bepaalde in artikel 18, wanneer het een klinische ingreep betreft.

Artikel 26 Behandeling in verband met ongewenste infertiliteit

1. Onder behandelingen in verband met ongewenste infertiliteit worden begrepen:

- a. In vitro fertilisatie (I.V.F.);
- b. Gametes Intra Fallopian Transfer (GIFT-methode);
- c. Intra cytoplasmatic sperm injection (ICSI);
- d. Kunstmatige inseminatie met zaadcellen van eigen echtgenoot of partner (K.I.E.)
- e. Kunstmatige inseminatie met donorsperma (K.I.D.).

2. De vergoeding wordt uitsluitend verleend in het geval van ongewenste onvruchtbaarheid op pathologische gronden en indien de vrouw is ingeschreven als verzekerde. Met betrekking tot bovengenoemde behandelingen dient van te voren bij de medisch adviseur machtiging te worden aangevraagd, die kan worden verleend na het aantonen van een medische indicatie door de behandelende gynaecoloog.

3. Met inachtneming van het in het

vierde lid gestelde, worden de in het eerste lid genoemde geneeskundige onderzoeken en behandelingen voor 90% vergoed.

4. Maximaal drie behandelingen I.V.F. of G.I.F.T. of I.C.S.I. komen voor vergoeding in aanmerking. Deze drie behandelingsmethoden worden ten aanzien van het maximaal te vergoeden aantal van drie, tezamen gerekend.

De vergoeding van deze drie behandelingsmethoden wordt berekend naar het door het C.O.T.G. vastgestelde tarief voor I.V.F.

De derde fase van deze vormen van behandelen (de bevruchting van de eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium) dient plaats te hebben in een ziekenhuis, dat beschikt over een krachtens de Wet ziekenhuisvoorzieningen vereiste vergunning voor het buiten het lichaam tot stand brengen van menselijke embryo's als onderdeel van een I.V.F.-behandeling. Maximaal 12 behandelingen met kunstmatige inseminatie komen voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 27 Gezichtsbehandelingen

1. Onder gezichtsbehandelingen worden de volgende verstrekkingen begrepen:

- a. ontharing;
- b. camouflagetherapie;
- c. acne behandeling.

2. Voor behandelingen in het gezicht wordt uitsluitend vergoeding verleend indien de medisch adviseur de noodzaak van een behandeling aanwezig acht en vooraf machtiging heeft verleend.

3. Voor bovengenoemde behandelingen worden de volgende vergoedingen verleend:

- a. 90% van de kosten tot maximaal f 600,- per jaar, voor het laten verwijderen van overmatige haargroei in het aangezicht van vrouwen. Verwijdering van overmatige beharing elders op het lichaam komt niet voor een vergoeding in aanmerking.
- b. éénmalig 90% van de kosten tot ten hoogste f 350,- voor zogenoemde 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 (L.E.D.).
- c. 90% in de kosten van acne-behandeling door een schoonheidsspecialiste of

een huidtherapeute, op voorschrift van een dermatoloog bij ernstige vormen van acne, tot een maximum van f 40,- per behandeling. Per kalenderjaar worden maximaal in totaal 15 behandelingen vergoed.

Artikel 28 Transplantatie

1. Indien een deelnemer of een gezinslid in een ziekenhuis is opgenomen voor het ondergaan van een orgaan- of weefseltransplantatie, worden de kosten van verpleging en behandeling van de ontvanger vergoed met inachtneming van het bepaalde in artikel 18, ten aanzien van verpleging en behandeling in een ziekenhuis.

2. Tevens worden de kosten vergoed die verbonden zijn aan de selectie van donoren en het verkrijgen van donor-materiaal, betreffende:

- a. klinische en niet-klinische specialistische hulp;
- b. verpleging en behandeling in een ziekenhuis;
- c. laboratorium-onderzoek;
- d. operatieve verwijdering van het donor-materiaal;
- e. preservering;
- f. vervoer van donor of donor-materiaal.

3. Ten aanzien van de donoren, bedoeld in het tweede lid, wordt bij verpleging en behandeling in een ziekenhuis rekening gehouden met de rechten waarop zij als ziekenfondswet-verzekerde, of particulier dan wel publiekrechtelijk verzekerde tegen ziektekosten, aanspraak kunnen maken.

Artikel 29 Vervoer van patiënten

1. Voor een tegemoetkoming in of vergoeding van de kosten ter zake van vervoer van patiënten, komt alleen vervoer in aanmerking dat in direct verband staat met ziekte of ongeval, waarvan de behandelkosten door de Dienst of krachtens de AWBZ worden vergoed of een tegemoetkoming wordt uitgekeerd.

2. Er wordt onderscheid gemaakt tussen:

- a. Medisch noodzakelijk vervoer: Dit betreft vervoer van patiënten, die wegens ziekte of gebrek geen gebruik kunnen maken van een openbaar vervoermiddel. Om de noodzakelijke machtiging te krijgen voor een vergoeding t.b.v. medisch noodzakelijk vervoer dient de huisarts of een specialist de aanvraag voor een dergelijke mach-

tiging met voldoende duidelijke medische redenen te onderbouwen.

b. Niet-medisch noodzakelijk vervoer: Dit betreft vervoer van patiënten, die geen medische redenen hebben om niet van een openbaar vervoermiddel gebruik te maken.

3. Vergoeding of tegemoetkoming in de kosten wordt verleend indien vervoer plaatsvindt van de patiënt met een ambulance, ziekenauto, (huur)auto, taxi of openbaar vervoermiddel:

a. naar en/of van het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar de patiënt een onderzoek of behandeling zal ondergaan;

b. naar en/of van de volgende dichtstbijzijnde inrichtingen of personen:

1. een polikliniek;
2. een specialist of tandarts-specialist;
3. een fysiotherapeut, therapeut Mensendieck, therapeut César of logopedist;
4. een instrumentmaker voor het aanmeten of passen van een orthopedisch hulpmiddel;
- c. medisch noodzakelijke repatriëring van een patiënt of vervoer naar het land van vestiging van een stoffelijk overschot, indien dat vervoer, in de onderscheidenlijke gevallen, tot stand is gekomen via bemiddeling door de Alarmcentrale.

4. met uitzondering van de vergoeding voor vervoer per ambulance of ziekenauto geldt, dat ten aanzien van het aantal kilometers waarover de vergoeding wordt berekend, ongeacht de afgelegde afstand, nooit meer dan over een retour-afstand van 40 km. de vergoeding zal plaatsvinden;

5. Voor vergoeding of tegemoetkoming in de kosten van regelmatig plaatsvindend vervoer van een patiënt naar en/of van een polikliniek of specialist niet gevestigd in de onmiddellijke nabijheid van de woon- of verblijfplaats van de patiënt, is voorafgaande machtiging vereist.

Wanneer in het onderhavige geval mogelijk sprake is van medisch noodzakelijk vervoer, zal, ter beoordeling van de medisch adviseur, door de huisarts of specialist met voldoende ter zake doende medische redenen dienen te worden aangetoond, dat het onmogelijk is van een openbaar vervoermiddel gebruik te maken. Voor vergoeding van kosten van regelmatig plaatsvindend vervoer van een in een ziekenhuis opgenomen patiënt, voor behandeling of nader onderzoek in een ander ziekenhuis dan waarin de

patiënt is opgenomen, is geen machtiging vereist. Deze kosten worden volledig vergoed.

6. De volgende vergoedingen of tegemoetkomingen worden verleend indien sprake is van:

- a. vervoer per ambulance 100% vergoeding
 - b. medisch noodzakelijk vervoer per taxi 90% vergoeding
 - c. medisch noodzakelijk vervoer van de patiënt per (huur)auto: 0,40 per km
 - d. vervoer van de patiënt of het stoffelijk overschot naar het land van vestiging (zie het derde lid, onder c) 100% vergoeding
 - e. niet-medisch noodzakelijk vervoer per (huur)auto of taxi, uitsluitend voor een erkende bestemming buiten de woon- of verblijfplaats f 0,20 per km
 - f. vervoer van de patiënt per openbaar middel van vervoer 90% van de kosten. Uitsluitend voor een bestemming buiten de woon- of verblijfplaats; de kosten worden berekend naar de goedkoopste reisgelegenheid.
7. Bij gebruikmaking van een (huur)auto of taxi, in geval van niet-medisch noodzakelijk vervoer, of bij gebruikmaking van een openbaar vervoermiddel, wordt de vergoeding, als bedoeld in het zesde lid, onder e, respectievelijk het zesde lid, onder f, eveneens verleend in de kosten van een begeleider, indien de patiënt 15 jaar of jonger is. In bijzondere gevallen kan van deze leeftijdsgrens worden afgeweken, zulks ter beoordeling van de medisch adviseur.
8. Indien vervoer heeft plaatsgevonden om te voldoen aan de oproep van de administrateur, 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.

Artikel 30 Tandprotheticus en mondhygiënist

1. Kosten van prothetische voorzieningen door een tandprotheticus worden als volgt vergoed:

Verrichting	Vergoeding 90% van de kosten tot een maximum van:
a.boven- of onderprothese zonder individuele afdruk	f 360
b.boven- of onderprothese met individuele afdruk	f 445
c.rebasen indirect zonder randopbouw	f 81
d.rebasen indirect met randopbouw	f 108
e.reparatie prothese: breuk, scheur, vastzetten van elementen zonder afdruk	f 29
f.reparatie prothese: breuk, scheur, vastzetten van elementen met afdruk	f 29

2. Kosten van preventie en mondhygiëne door mondhygiënist worden als volgt vergoed:

Verrichting	Vergoeding 90% van de kosten tot een maximum van:
a.instructie mondhygiëne en/of voorlichting voeding met of zonder kleurttest	f 20,- (maximaal 2X per kalenderjaar M30 daarin begrepen)
b.kleurttest	f 8,50 (maximaal 2X per kalenderjaar M39 daarin begrepen)
c.kontrolebezoek mondhygiëne	f 14,25
d.gebitsreiniging:	(maximaal 2X per kalenderjaar M50/M55/M59 daarin begrepen)
1.beperkt	f 14,25
2.gemiddeld	f 25,50
3.uitgebreid	f 51,-

Artikel 31 Tandheelkundige behandelingen

Benevens het bepaalde in artikel 33 worden voor de hierna vermelde hulp door een tandarts de volgende vergoedingen of tegemoetkomingen toegekend tot ten hoogste de vermelde percentages en bedragen:

	Vergoedingspercentage
C Consultatie en diagnostiek	90%
30 eerste bezoek nieuwe patiënt	
10 periodieke controle	
20 periodieke controle of consult, inclusief kleine verrichtingen	
25 specifiek consult	
40 uitgebreid consult ten behoeve van opstellen van behandelingsplantoelagen:	
80 -huisbezoek	
81 -weekenddienst	
82 -avondbehandeling	
83 -nachtbehandeling	
X Röntgen-diagnostiek	80%
intra-orale foto:	
11 -1e foto	
12 -2e en volgende foto	
20 opbeetfoto, transcraniale opname	
30 status per kaak	
panoramische foto:80%	
40 orthopantomogram	
45 status X opname	
M Preventie/mondhygiëne (max. 2 X per kalenderjaar)	90%
30 instructie mondhygiëne en/of voorlichting voeding, zonder kleurttest	
35 instructie mondhygiëne inclusief kleurttest	

	Vergoedingspercentage
39 kleurtest	
fluoride applicatie:	
10 -methode I	
20 -methode II	
gebitsreiniging:	
50 -beperkt	
55 -gemiddeld	
59 -uitgebreid	
A Anaesthesie	80%
10 geleidings- en/of infiltratie-anaesthesie	
15 oppervlakte anaesthesie	
V Restauraties door middel van plastische materialen	80%
50 droogleggen van elementen door middel van cofferdam	
60 indirecte pulpa overkapping	
70 parapulpaire stift	
80 1e wortelstift	
85 volgende wortelstift in hetzelfde element	
10 pitvulling	
11 eenvlaksrestauratie	
12 tweevlaksrestauratie	
13 drievlaksrestauratie	
14 kroon van plastisch materiaal	
15 directe labiale veneering	
20 etsen ten behoeve van composiet	
21 etsen in combinatie met etsbare onderlaag	
30 sealing 1e element	
35 sealing volgende element in zelfde zitting	
E Pulpabehandeling (Endodontie)	80%
wortelkanaalbehandeling éénkanaalig element:	
10 zilverstift, point of pointsectie	
20 pasta	
wortelkanaalbehandeling meerkanalig element:	
15 zilverstift, point of pointsectie	
25 pasta	
30 mortaalamputatie	
35 amputatie	
40 directe pulpa-overkapping	
60 vitaalamputatie	
70 extra zitting	
75 initiële wortelkanaalbehandeling, per element tijdens waarneming	
80 pulpabehandeling bij melkelementen	
R Inlays, kronen, bruggen (inclusief techniekkosten)	70% tot een maximum van
12 tweevlaksinlay (zie artikel 33, lid 3)	f 290,-
13 drievlaksinlay (zie artikel 33, lid 3)	f 380,-
20 gegoten metalen kroon (zie artikel 33, lid 3)	f 450,-
25 gegoten metalen kroon met opgebakken porselein, partiële omslijping of schouderbevelpreparatie, gegoten metalen kroon met kunstharsvenster (zie artikel 33, lid 3)	f 450,-
26 jacketkroon met schouderpreparatie (zie artikel 33, lid 3)	f 450,-
27 jacketkroon zonder schouderpreparatie (zie artikel 33, lid 3)	f 430,-
brugwerk:	
- brugtussendeel (zie artikel 33, lid 3):	
40 1e dummy	f 300,-
45 2e en volgende in hetzelfde tussendeel, per dummy	f 155,-
29 roestvrijstalen kroon, kunstharsconfectiekroon	70%
46 intra-coronaire brugverankering opbouw:	
31 opbouw plastisch materiaal	
32 gegoten opbouw volgens indirecte methode	

	Vergoedingspercentage
33 gegoten opbouw volgens directe methode etsbrug: zie artikel 33, lid 14)	80%
60 1 dummy met bevestiging aan 2 elementen	
61 etsbrug met preparatie	
65 toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel	
66 toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee diversen:	
55 gipsslot	
71 vernieuwen porcelein facet, reparatie metaal/ porselein kroon in de mond	
72 vernieuwen facet van plastisch materiaal	
73 aanbrengen extra retentie c.q. pinnen in facet	
74 opnieuw vastzetten gegoten restauraties	
75 opnieuw vastzetten etsbrug	
77 verwijderen oud kroon- en brugwerk	
78 indirecte labiale veneering zonder preparatie	
79 indirecte labiale veneering met preparatie	
G Gnathologie (zie artikel 33, lid 9 en 11) (inclusief techniekkosten)	80%
01 uitgebreid functie-onderzoek	
02 myografie	
03 gedocumenteerde verwijzing gnatologie	
61 instructie spieroefeningen	
62 occlusale spalk	machtiging
63 repositiespalk	machtiging
64 controlebezoek spalk	
65 indirect planmatig inslijpen	machtiging
33 aanbrengen front/hoekstand geleiding	
69 occlusale opbeetplaat	machtiging
10 eenvoudige beetregistratie	
16 therapeutische positiebepaling initiële behandeling:	machtiging
16 therapeutische positiebepaling	
30 planmatig inslijpen van occlusie en articulatie	
39 instructie spierfunctie/oefeningen spalktherapie (splinttherapie):	80%
41 relaxatie c.q. stabilisatiesplint	
42 repositiesplint	
45 vervolgcontrole per zitting, na tweede correctie	
49 gegoten occlusale spalk/splint	
H Chirurgische ingrepen (zie artikel 33, lid 6) (inclusief anaesthesie)	90%
10 extractie	
15 volgende extractie in dezelfde zitting en in hetzelfde kwadrant	
20 hechten, per alveole	
gecompliceerde extractie:	
30 -zonder mucoperiostale opklap	
35 -met mucoperiostale opklap	
41 frelunum extirpatie	
apexresectie per radix:	
42 -zonder afsluiting	
43 -met ante- of retrograde afsluiting	
44 primaire antrumafsluiting	
50 repositie 1e element	
55 repositie buurelement	
59 fractuur	
60 marsupialisatie	
65 primaire sluiting	
70 correctie kaak enkelzijdig —	
75 correctie kaak dubbelzijdig > zie art. 33, lid 13	
80 alveolotomie enkelzijdig	

	Vergoedingspercentage
85 alveolotomie dubbelzijdig —	
P Uitneembare prothetische voorzieningen	90%
noodprothese: (zie artikel 33 lid 16)	
45 -noodprothese van zes of meer elementen	éénmalig tot een maximum van f 270,-
60 uitgebreid onderzoek naar het functioneren van de bestaande prothese	
65 planmatig inslijpen van de bestaande prothese	
partiële kunstharsprothese:	
10 -1 t/m 4 elementen	tot een maximum van f 275,-
15 -5 t/m 14 elementen	tot een maximum van f 515,-
16 extra voor individuele afdruk met randopbouw	
18 extra voor gegoten ankers per stuk	
69 uitbreiding prothese met element of anker	
precisie verankering:	
31 Richmond-kap	
frameprothese:	
34 -1 t/m 4 elementen	tot een maximum van f 900,-
35 -5 t/m 14 elementen	tot een maximum van f 1105,-
40 -prothesetarief verhoogd met per immediaat te vervangen element volledige prothese: (zie artikel 33, lid 16)	
21 bovenprothese volledig	tot een maximum van f 750,-
25 onderprothese volledig	tot een maximum van f 750,-
30 volledige boven -en onderprothese	tot een maximum van f 1500,-
diversen:	
14 individuele afdruk met randopbouw	
29 overkapt element	
36 extra voor individuele afdruk zonder randopbouw	
71 rebasen indirect zonder randopbouw	
72 rebasen indirect met randopbouw	
73 rebasen direct zonder randopbouw	
74 rebasen direct met randopbouw reparaties:	
66 breuk(en), scheur, opnieuw vastzetten van elementen zonder afdruk	
68 breuk(en), scheur, opnieuw vastzetten van elementen met afdruk	
69 bijplaatsen van elementen en/of ankers, uitbreiden van partiële prothese, met afdrukken	
T Parodontologie (zie artikel 33, lid 4 en 6)	90% diagnostiek:
10 -pocketstatus	
15 -parodontiumstatus	
16 -gingivitis-score of bloedings-score	
17 -plaque-score	
18 -bacteriologisch onderzoek	
19 -uitgebreid bacteriologisch onderzoek (zie artikel 33, vierde lid)	
niet-chirurgische behandelingen:	90%
20 -initiële parodontale behandeling per sextant	
25 -scaling en rootplanning per element	
30 -spalken van elementen per verbinding	
chirurgische behandelingen:	90%
41 -gingivectomie per element	
43 -gingivectomie per sextant	
45 -flap-operatie in één interdentale ruimte	
46 -flap-operatie per sextant	
47 -flap-operatie uitgebreid per sextant	
48 -gingiva transplantaat	
49 -tuberplastiek	
50 -tuber- of retornolaarplastiek met wigvormige excisie	
O Gebitsregulatie (Orthodontie)	
1. Indien tandheelkundige indicatie aanwezig (zie artikel 33, lid 7)	80%

2. Indien in samenhang met en aansluitend aan een kaakchirurgische behandeling (zie artikel 33, lid 8), uitgezonderd de kaakchirurgische ingrepen, vermeld onder H Chirurgische ingrepen en onder T Parodontologie code T45 tot en met T49 bedraagt de vergoeding voor de onder O genoemde verstrekkingen 90% van de kosten.

A. Diagnostiek:

O01 Modelanalyse

B. Röntgendiagnostiek:

O11 Röntgenschedelprofielfoto

O12 Cephalometrische analyse (tracing) exclusief foto

C. Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur:

O21 Aanvangstoeslag uitneembare apparatuur

O22 Overgangstoeslag van uitneembaar naar partieel vast

O23 Overgangstoeslag van uitneembaar naar volledig

O24 Behandelingsmaandtarief t/m 24 behandelingsmaand

O25 Behandelingsmaandtarief 25e behandelingsmaand en volgende maanden

D. Behandeling met partieel vaste apparatuur:

O31 Aanvangstoeslag partieel vaste apparatuur

O32 Overgangstoeslag van partieel vast naar volledig vast

O33 Behandelingsmaandtarief t/m 24e behandelingsmaand

O34 Behandelingsmaandtarief 25e behandelingsmaand en volgende maanden

E. Behandeling met volledige vaste apparatuur in boven- en onderkaak

O41 Aanvangstoeslag volledig vaste apparatuur

O42 Behandelingsmaandtarief t/m 24e behandelingsmaand

O43 Behandelingsmaandtarief 25e behandelingsmaand en volgende maanden

F. Diversen

O53 Behandeling met behulp van eenvoudige orthodontische apparatuur (exclusief techniekkosten)

O54 Controle bezoek

3. Indien in samenhang met een gnathologische behandeling (zie artikel 33, lid 9 en 11) bedraagt de vergoeding voor de onder O genoemde verstrekkingen 90% van de kosten.

4. Indien ten behoeve van schisispatiënten bedraagt de vergoeding voor de onder O genoemde verstrekkingen 90% van de kosten.

J Georganiseerde jeugd tandverzorging 90%

Artikel 32 Implantologie

De kosten van implantologie worden als volgt vergoed:

I. Implantologie tandarts-algemeen practicus 90%

I10 Implantatieplanning

I13 Eerste implantaat

I14 Elk vlg implantaat zelfde kaak

I15 Plaatsing permuscale opbouw bij 2-fase implantaat

I25 Overheadkosten per permucosaal implantaat

I30 Mucoperiostale opklap eenvoudig per sextant

I31 Mucoperiostale opklap gecompliceerd per sextant

I50 Controlebezoek na implantatie

I55 Aanpassen bestaande prothese

I60 Voorbereiding praktijkruimte tbv implantatie

Per implantaat wordt een vergoeding verleend van 90% van de materiaalkosten tot een maximum van f 450,- per implantaat.

II. Kosten van de suprastructuur:

De kosten van de suprastructuur worden vergoed tot 90% van de kosten tot een maximum van f 1500,-.

III. Behandeling in een centrum voor Bijzondere Tandheelkunde en M.F.P.: Indien de behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde plaatsvindt, is er grond voor het honorariumdeel uit te gaan van het uurtarief dat het Centrum ingevolge een COTG-beschikking in rekening mag brengen; dit is van toepassing voor de honorariumkosten en de suprastructuur. Het vergoedingspercentage voor deze niet-klinische behandeling bedraagt 90% der kosten tot maximaal de onder de punten I en II genoemde bedragen. Indien de plaatsing van de implantaten in de praktijk van een vrijgevestigde kaakchirurg plaatsvindt, dan wel in de praktijk van een tandarts-algemeen practicus, dan vindt -indien de tandheelkundig adviseur voor de behandeling een machtiging heeft afgegeven- vergoeding overeenkomstig de bovenstaande bepalingen plaats.

Artikel 33 Bijzondere bepalingen t.a.v. tandheelkundige behandelingen

1. De in artikel 31 vermelde tegemoetkomingen of vergoedingen zijn inclusief de materiaal- en techniekkosten van de in artikel 31 genoemde verrichtingen.

2. Voor de verrichtingen genoemd onder C30, C10, C20, C25 en C40 alsmede de eventueel hierbij in rekening gebrachte toeslagen genoemd onder C80 tot en met C83, wordt per kalenderjaar in totaal tot ten hoogste vijf maal een vergoeding of tegemoetkoming toegekend.

3. In één kalenderjaar wordt een vergoeding of tegemoetkoming toegekend voor het plaatsen van ten hoogste 6 meervlaksinlays, kronen of brugdelen als bedoeld in artikel 31 onder R12, R13, R20, R25, R26, R27, R40 of R45.

In geval van een aangeboren defect of bij een ongeval kan vergoeding toegekend worden voor het plaatsen van meer dan zes elementen, indien hier toe, voor het begin van de behandeling, machtiging is verleend.

In geval van agenesie, schisis of amelogenesis imperfecta worden, indien hiertoe, voor het begin van de behan-

deling, machtiging is verleend, de kosten vergoed.

4. Voor het toekennen van de vergoedingen of tegemoetkomingen voor een flap-operatie, alsmede voor T19, is voorafgaande machtiging vereist.

Indien er sprake is van een flap-operatie uitgebreid per sextant (T47) waarbij regeneratietechniek wordt toegepast, wordt voor het gebruik van regeneratiemateriaal een tegemoetkoming in de kosten verleend van 90% tot een maximum van f 150,- per gebruikt membraan.

5. In geval een tandarts of een specialist poliklinische tandheelkundige chirurgische hulp van een specialist of een hoogleraar in de tandheelkunde nodig oordeelt en daarvan schriftelijk heeft doen blijken, is het bepaalde in de artikelen 6 en 7 van deze regeling van overeenkomstige toepassing.

6. Ten aanzien van tandheelkundige verrichtingen, vermeld in artikel 31 onder H, Chirurgische ingrepen, en onder T, Parodontologie, die zijn uitgevoerd door een tandarts-specialist, zijn eveneens de artikelen 6 en 7 van deze regeling van overeenkomstige toepassing.

7. Voor gebitsregulatie op grond van een tandheelkundige indicatie wordt, mits de behandeling wordt aangevangen voordat de deelnemer of het gezinslid de leeftijd van 18 jaren heeft bereikt, gedurende ten hoogste drie jaren een tegemoetkoming toegekend. Na dit tijdvak wordt een tegemoetkoming slechts toegekend, indien voor de voortzetting van de behandeling machtiging is verleend.

8. Voor het toekennen van de vergoeding voor gebitsregulatie, indien in samenhang met en aansluitend aan een kaakchirurgische behandeling is voorafgaande machtiging vereist. De machtiging dient voordat de behandeling wordt aangevangen te zijn verleend. De aanvraag van deze machtiging zal uitsluitend worden behandeld indien deze wordt begeleid door gebitsmodellen en de nodige röntgenfoto's.

Indien de tandheelkundig adviseur dit nodig acht kan de patiënt door hem worden opgeroepen.

9. Voor het toekennen van de vergoedingen of de tegemoetkomingen voor een gnathologische behandeling is, in overlegging van een behandelingsplan, voorafgaande machtiging vereist. Uitsluitend wanneer er sprake is van kaakgewrichtsklachten – CMD – wordt

vergoeding voor een splint/opbeetplaat verleend. Een machtiging voor orthodontische behandeling van gnathologische klachten wordt, gehoord een centrum voor bijzondere tandheelkunde, slechts aan de orthodontist afgegeven.

10. Voor gnathologische behandeling door een erkend centrum voor bijzondere tandheelkunde wordt een tegemoetkoming toegekend overeenkomstig het bepaalde in artikel 6 van deze Regeling.

Eveneens wordt deze vergoeding verleend indien de hulp wordt verleend onder de verantwoordelijkheid van een Nederlandse universiteit, eventueel met inschakeling van de tandarts.

11. Uitsluitend voor tandheelkundige behandeling van patiënten, die geestelijk en/of lichamelijk gehandicapt zijn en waarvoor voorafgaand machtiging tot behandeling is verleend, wordt 90% van de kosten vergoed.

12. Voor de verrichtingen H70 t/m H85 is een machtiging vereist, welke voor H80 en H85 eventueel achteraf kan worden verkregen.

13. Voor het verkrijgen van een vergoeding van meer dan 2 dummy's in een etsbrug is een machtiging vereist.

14. Voor het toekennen van de vergoeding of de tegemoetkoming voor een tandheelkundig implantaat is voorafgaande machtiging vereist. Deze machtiging wordt uitsluitend afgegeven voor tandheelkundig implantaten voor een tandeloze onderkaak. De implantaten moeten dienen als steun voor een (overkappings-) prothese. Per verzekerde worden slechts 4 implantaten verstrekt.

Mocht de machtiging worden afgewezen zal ook geen tegemoetkoming in de kosten van de benodigde kaakchirurgische voorbehandeling ten behoeve van de tandheelkundige implantaten worden verleend.

Indien de behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde plaatsvindt danwel wordt uitgevoerd door een vrijgevestigd kaakchirurg wordt voor de berekening van het honorarium en de suprastructuur uitgegaan van het tarief dat het Centrum danwel de vrijgevestigd kaakchirurg ingevolge een COTG-beschikking in rekening mag brengen.

Indien de behandeling in een ziekenhuis dan wel in een aan een ziekenhuis verbonden polikliniek plaatsvindt wordt voor de materiaalkosten van de implantaten geen vergoeding vers-

trekt. In de overige gevallen zal vergoeding van de materiaalkosten conform de vergoeding als genoemd in artikel 32 plaatsvinden.

15. De tegemoetkoming voor een boven- en onderprothese wordt slechts éénmaal in de vier kalenderjaren versprekt.

Vergoeding vindt slechts plaats indien het implantaat wordt geplaatst door een kaakchirurg danwel door een tandarts, opgenomen in de lijst van de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI), als gekwalificeerd tandarts-implantoloog.

§ 6 Procedure bij aanmelding

Artikel 34

1. Bij indienstreding is de actiefdienende deelnemer verplicht het aan hem door de administratie van zijn korps verstrekte aanmeldingsformulier in te vullen en ondertekend in te leveren bij de administratie van zijn korps. Deze zendt dit formulier zo spoedig mogelijk toe aan de administratie van de Dienst.

2. Iedere deelnemer ontvangt een exemplaar van het Besluit en van deze regeling.

§ 7 Het melden van wijzigingen

Artikel 35

1. De deelnemer is verplicht binnen acht dagen schriftelijk kennis te geven van:

- a. eigen huwelijk of dat van een gezinslid;
- b. geboorte van een gezinslid;
- c. adoptie van een gezinslid;
- d. overlijden van een gezinslid;
- e. verhuizing;
- f. echtscheiding of scheiding van tafel en bed;
- g. het aanvaarden van een betrekking door een gezinslid waardoor het:

1. aanspraak kan maken op geneeskundige verzorging of vergoeding c.q. tegemoetkoming in de premie voor een ziektekostenverzekering;
2. op grond van de Ziekenfondswet recht heeft op geneeskundige verzorging of dat recht kan verkrijgen door aanmelding bij een ziekenfonds;
3. op grond van een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren aanspraak kan maken op geneeskundige verzorging of vergoeding van de daaraan verbonden kosten.

h. ziekte of ongeval waarvoor met

betrekking tot de kosten eventueel rechten tegenover derden gelden;

i. het verkrijgen, het herkrijgen of het vervallen van het recht op kinderslag voor een eigen kind, een aangehuwd kind of een pleegkind;

j. het beëindigen van de omstandigheden waardoor de personen, bedoeld in artikel 3, eerste lid, onder e. van het Besluit als gezinslid zijn ingeschreven.

2. De gepensioneerde deelnemer is bovendien verplicht de Dienst schriftelijk in kennis te stellen van het vervallen van het pensioen of het wachtgeld, bedoeld in artikel 1 van het Besluit, dan wel van het intrekken van de verklaring van herplaatsbaarheid.

3. De actiefdienende deelnemer zendt de kennisgeving, voorzover dit betreft de aanmelding als deelnemer, het ingedeeld worden in een andere categorie, het overplaatsen naar een andere regio, het wijzigen van de arbeidsduur, of het einde van het deelnemerschap, in via de administratie van zijn korps.

De overige wijzigingen, zoals omschreven in het eerste lid, worden door de deelnemer zelf aangemeld door middel van een formulier van wijziging (model 8).

4. Van verplaatsing buiten de regio, herplaatsing, bevordering, voorzover de deelnemer daardoor in groep B wordt ingedeeld, ontslag, vermissing, overlijden, pensionering, op wachtgeld stelling, militaire dienst, non-activiteit zonder behoud van bezoldiging en van verlof voor de duur van langer dan 12 maanden zonder behoud van bezoldiging, geeft de chef van het korps waartoe de deelnemer behoort of heeft behoord, zo spoedig mogelijk kennis aan de administratie van het korps.

5. De administratie van het korps draagt zorg dat de ingevolge het vierde lid aan hem verstrekte gegevens op een daartoe door de Dienst verstrekt formulier (model 8a) binnen 8 dagen aan de administratie van de Dienst wordt gezonden. Tevens verstrekt de administratie deze gegevens aan de ambtenaar belast met de berekening van de bezoldiging.

§ 8 het aanvragen van machtigingen

Artikel 36

1. De deelnemer is verplicht zowel voor zichzelf als voor zijn gezinsleden indien voor de toekenning of tegemoetkoming vooraf verstrekking van

een machtiging is vereist, vooraf zorg te dragen voor de aanvraag van de machtiging. De aanvraag geschiedt met behulp van een daarvoor door de Dienst verstrekt formulier, ondertekend door de behandelende geneesheer of tandarts.

2. Indien een machtiging naar tijdsduur beperkt is of voor een bepaald aantal behandelingen is verleend en verlenging noodzakelijk is, moet de deelnemer er voor zorg dragen, dat tijdig een verlenging van de machtiging wordt gevraagd.

3. Indien de deelnemer ten genoegen van de administrateur aantoonde, 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 het eerste lid bedoelde vergoedingen of tegemoetkomingen worden uitgekeerd, indien naar het oordeel van de medisch adviseur of van de tandheelkundig adviseur de machtiging of de verlenging daarvan alsnog kan worden verleend.

§ 9. Declaraties van gemaakte kosten

Artikel 37 Inzenden van rekeningen

1. De administrateur keert de vergoedingen of tegemoetkomingen uit.

2. Ter verkrijging van de hem toekomende vergoedingen of tegemoetkomingen zendt de deelnemer de desbetreffende rekeningen, in de daarvoor bestemde declaratie-enveloppe, toe aan de administrateur van de Dienst. De rekeningen dienen te zijn vergezeld van het daartoe bestemde declaratieformulier, dat volledig moet zijn ingevuld.

Over rekeningen die ouder zijn dan twee jaar, danwel op nota's van jongere datum – maar betrekking hebbend op behandelingen welke, gerekend van de datum van indiening af, meer dan twee jaar geleden werden ondergaan – wordt geen vergoeding of tegemoetkoming toegekend.

Bij iedere afrekening ontvangt de deelnemer een nieuw declaratieformulier met enveloppe.

Op duplicaatrekeningen, herinneringsrekeningen en fotocopies worden geen vergoedingen of tegemoetkomingen uitgekeerd.

3. In alle gevallen waarin machtiging is vereist, moet die machtiging bij de rekening worden overgelegd.

4. Nota's voor specialistische hulp moeten vergezeld zijn van de schriftelijke verwijzing, bedoeld in de artikelen 6, 7, 8, 31, vijfde lid of 32.

5. De rekeningen van tandartsen dienen te zijn vergezeld van het in overleg met de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde tot stand gekomen specificatieformulier. Op een rekening zonder specificatieformulier danwel een specificatieformulier zonder rekening wordt geen vergoeding toegekend, tenzij het een door de tandarts gebruikte (computer)rekening betreft met een specificatie, die overeenkomt met het eerder bedoelde specificatieformulier.

6. Wanneer een verstrekking alleen dan voor vergoeding of tegemoetkoming in aanmerking komt, indien deze is voorgeschreven door een huisarts of specialist, dient dit voorschrift bij de rekening te worden overgelegd.

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

8. In geval van niet elders verzekerde kosten moeten originele, op naam gestelde, gedateerde nota's met de daarop betrekking hebbende verklaring van de Ziektekostenverzekeringsmaatschappij waaruit blijkt dat deze kosten niet binnen de ziektekosten verzekering vallen worden overgelegd.

9. In geval van (gedeeltelijk) elders verzekerde kosten moeten originele (danwel afschriften van), op naam gestelde, gedateerde nota's én de daarop betrekking hebbende afrekeningen van de ziektekostenverzekeringsmaatschappij waaruit het bedrag dat ten laste is gebleven van betrokkene alsmede de aard van de desbetreffende ziektekosten, kan worden afgeleid, worden overgelegd.

Artikel 38 Rekeningen van opnemings in een ziekenhuis of inrichting

Rekeningen voor verpleging in een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis en een sanatorium, alsmede de nota's voor verzorging in een inrichting voor revalidatiedagbehandeling of psychiatrische dag- of nachtbehandeling kunnen door die inrichtingen rechtstreeks aan de administrateur worden gezonden. Deze keert aan de inrichtingen overeenkomstig het bepaalde in de artikelen 8 en 18 t/m 22 vergoedingen of tegemoetkomingen uit.

Eventuele overige kosten blijven voor rekening van de deelnemer.

§ 10 Aanvullende bepalingen ten aanzien van vergoedingen of tegemoetkomingen

Artikel 39

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

2. Indien een in deze regeling opgelegde verplichting niet wordt nageleefd is de Dienst tot generlei vergoeding of tegemoetkoming verplicht.

3. Indien de medisch adviseur of de tandheelkundig adviseur van oordeel is dat enigerlei verstrekking zonder medische c.q. tandheelkundige noodzaak wordt gegeven of reeds gegeven is, stelt deze zich in verbinding met de betreffende (voorschrijvende) hulpverlener en/of met de deelnemer. Indien in verband met het bovenstaande, de bevindingen van de medisch adviseur of van de tandheelkundig adviseur daartoe aanleiding geven, kan de Commissie 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.

4. Geen aanspraak op vergoeding of tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige behandeling en verzorging kan worden gemaakt, indien:

a. de ziekte of het letsel van de deelnemer of het gezinslid door deze opzettelijk is veroorzaakt of aan diens grove schuld te wijten is;

b. de ziekte of het letsel van de deelnemer of het gezinslid het gevolg is van de beroepsmatige uitoefening van enige vorm van sport;

c. deze wordt ondergaan buiten het land van vestiging van de deelnemer of het gezinslid, wanneer althans de reis naar de plaats van behandeling mede is ondernomen met de bedoeling de geneeskundige behandeling en verzorging aldaar te ondergaan, tenzij vóór de aanvang van de reis van de deelnemer of het gezinslid een machtiging daartoe is verstrekt en de Commissie een beslissing heeft genomen in de zin van het derde lid van artikel 4 van deze regeling.

5. Indien de deelnemer of een gezinslid zich schuldig maakt aan gedragingen waardoor de genezing wordt belemmerd, kan de Commissie bepa-

len, dat de vergoedingen of tegemoetkomingen niet of slechts gedeeltelijk worden toegekend.

6. Indien de deelnemer of een gezinslid als gevolg van wangedrag uit een ziekenhuis of inrichting, waarin hij is opgenomen, wordt verwijderd, vervallen hierna voor hetzelfde ziektegeval de aanspraken op vergoedingen of tegemoetkomingen voor verpleging en behandeling in een dergelijke inrichting.

7. Geen aanspraken bestaan op vergoedingen of tegemoetkomingen voor:

a. verpleging en behandeling in verzorgingstehuizen, rusthuizen, vakantie- en gezondheidskolonies, kleuterhuizen;

b. inrichtingen voor dagverblijf met uitzondering van inrichtingen voor psychiatrische dagbehandeling (A.W.B.Z.) en voor revalidatiedagbehandeling.

Artikel 40 Privé-kliniek

Voor behandeling in een privé-kliniek wordt, voor zover de kosten betrekking hebben op de kosten waarvoor geen door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, geen vergoeding verleend.

§ 11 Preventieve geneeskundige maatregelen

Artikel 41

Voor kosten voortvloeiende uit preventieve geneeskundige maatregelen worden geen vergoedingen of tegemoetkomingen toegekend, behalve:

1. wanneer de behandelende arts schriftelijk heeft verklaard dat de deelnemer of het gezinslid ernstig gevaar voor besmetting van zijn omgeving oplevert en, de medisch adviseur deze mening delend, vooraf machtiging tot het treffen van preventieve geneeskundige maatregelen is verleend;

2. wanneer in individuele gevallen de behandelende arts schriftelijk te kennen heeft gegeven een preventieve geneeskundige maatregel nodig te achten en vooraf machtiging hiertoe is verleend.

§ 12 Hardheidsbepalingen

Artikel 42

De Commissie is bevoegd voor bepaalde gevallen of groepen van gevallen tegemoet te komen aan onbillijkheden

van overwegende aard, die zich bij de toepassing van de Regeling mochten voordoen.

§ 13 Slotbepaling

Artikel 43 Aanspraken op de voorgaande regeling

Aanspraken ontstaan onder de vigeur van de Regeling geneeskundige verzorging politie 1996 worden vergoed danwel vinden tegemoetkomingen plaats op grond van het bepaalde in de Regeling geneeskundige verzorging politie 1996.

Artikel 44

De Regeling geneeskundige verzorging politie 1996 wordt ingetrokken.

Artikel 45

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 1997.

Artikel 46

Deze regeling kan worden aangehaald als: Regeling geneeskundige verzorging politie 1997

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De Minister van Binnenlandse Zaken, H.F. Dijkstal.

Bijlage als bedoeld in artikel 3 van de Regeling geneeskundige verzorging politie 1997

- a. consulteren van andere (alternatief praktiserende) artsen;
- b. chiropractische behandelingen;
- c. oedeemtherapie;
- d. podotherapeutische behandeling op de polikliniek van een ziekenhuis;
- e. stottertherapie;
- f. behandelingen in kuuroord of speciaal behandelcentrum;
- g. podo-therapeutische zolen;
- h. hoortoestellen;
- i. herstellingsoord;
- j. therapeutisch astma-kamp voor jongeren;
- k. verblijf in een Ronald MacDonalddhuis of een instelling van soortgelijke aard;
- l. aanvullende thuiszorg;
- m. prothetische voorzieningen door een tandarts/tandtechnicus;

- n. inlay, kroon, brug (inclusief techniekkosten);
- o. brillmontuur, brilleglazen, contactlenzen.

Toelichting

Algemeen

Per 1 januari 1997 wordt de Regeling geneeskundige verzorging politie 1996 vervangen door de Regeling geneeskundige verzorging politie 1997.

Ervor gekozen is een nieuwe regeling te treffen aangezien het wijzigen van de oude regeling, gelet op het grote aantal wijzigingen, niet aan verduidelijking zou bijdragen. In de artikelsgewijze toelichting worden slechts die wijzigingen toegelicht die per 1 januari 1997 in onderhavige regeling zijn ingevoerd en die niet slechts samenhangen met de verhoging van de vergoeding binnen het verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Omdat de arts voor manueel therapie niet is gedefinieerd onder manueel therapeut kan voor de behandeling van de arts voor manuele therapie uitsluitend het tarief voor alternatieve arts worden gegeven. Dit is lager dan het tarief dat bestaat voor een fysiotherapeut die manuele therapie uitvoert. Om dit, op zich onredelijke, verschil recht te trekken wordt de definitie manueel therapeut uitgebreid met de arts voor manuele therapie.

Artikel 5, derde lid

Door een verschrijving is in plaats van kalenderjaar kalenderkwartaal in de Regeling GVP 1996 terechtgekomen. Hierdoor zou de vergoeding voor alternatieve artsen per kalenderkwartaal worden gemaximeerd. Dit moet echter per kalenderjaar zijn.

Artikel 11 en 12

Door de 'knip' in de thuiszorg, waardoor het begrip 'aanvullende thuiszorg' in principe niet meer bestaat, wordt voorgesteld een artikel in te richten voor 'Kortdurende thuiszorg'. Hiervoor kan artikel 11 worden gebruikt. De kraamzorg die in artikel 11 is weergegeven kan worden ondergebracht in artikel 12.

Inhoud van de tweede comparti-

mentzorg zoals deze zal gaan gelden voor de particulier verzekerden:

– hulp ten huize van de verzekerde of in een wijkziekenboeg van een verzorgingshuis, dit laatste voorafgaand aan hulp ten huize van de verzekerde, in de vorm van verpleging en verzorging in aansluiting op opnemings, behandeling en verblijf in een ziekenhuis.

Bewust is uitgegaan van de verstrekking voor particulier verzekerden omdat hier geen sprake is van de eigen bijdrage die door de ziekenfondsverzekering wordt opgelegd. Hier wordt immers ook de eigen bijdrage meegerekend indien sprake is van dieetadvies of zorg aan ouder en kind ivm begeleiding voorlichting en andere zorg tijdens de zwangerschap en gedurende de eerste levensjaren van het kind. De eigen bijdrage wordt dan vanuit het eerste compartiment opgelegd.

DGVP Zorgservice organiseert op een snelle en adequate manier thuiszorg. Indien thuiszorg nodig is dient men zich te allen tijde in verbinding te stellen met de DGVP-Zorgservice via het centrale telefoonnummer 079-3425072. DGVP Zorgservice is 24 uur per dag telefonisch te bereiken.

Artikel 13

Per 1 januari 1996 is voor manuele therapie door een fysio-therapeut door het COTG een tarief van f 43,95 vastgesteld.

Er is daarom aanleiding de vergoeding voor een manueel therapeut, die nu is bepaald op f 67,50 te verlagen naar het COTG-tarief.

In de Regeling GVP 1996 werd niet gesproken over de vergoeding van ergo-therapie. Op dit moment is er sociaal en medisch gezien voldoende draagvlak om de hulp door een ergo-therapeut te vergoeden. Ook kan een ergotherapeutisch advies leiden tot het voorkomen van opname in een ziekenhuis. Dit past in het beleid verzekerden zo lang mogelijk buiten het intra-murale circuit te houden. Inmiddels is voor de hulp door een ergotherapeut ook een COTG-tarief vastgesteld. Tevens is van deze gelegenheid tot wijziging van het artikellid gebruik gemaakt om de begintekst iets persoonlijker naar de deelnemer te brengen. Het maximum bedrag van f 200,- is gebaseerd op een normale ergotherapeutische behandeling bestaande uit een intake, een vervolfbezoek en een controlebezoek.

Artikel 15, derde lid, onder e

In het derde lid, onder e, staan onder andere steunzolen en podotherapie- zolen vermeld. Het vergoedings- percentage voor beide hulpmiddelen is 100%. Om het consumptiegedrag enigszins te sturen is het gerechtvaardigd de verzekerde een eigen bijdrage op te leggen.

Artikel 16, vierde lid, onder e

Per 1 januari 1996 bestaat er tussen de Dienst GVP en de leveranciers van hoortoestellen een overeenkomst. Door deze overeenkomst wordt de eigen bijdrage voor de deelnemer die bij hoortoestellen ontstaat verminderd. De nota die voor rekening van de DGVP komt en rechtstreeks aan de leverancier wordt vergoed, vermeldt ook de levering van batterijen. Om pragmatisc- heden wordt daarom voorgesteld per 1 januari 1997 de batterijen ipv 90% voor 100% te vergoeden.

Artikel 16, vierde lid, onder g

Per 1 januari 1996 is de ringleiding door de overheveling in het verstrekkingenpakket gekomen. Echter is hier verzuimd een maximum vergoeding, die in de AWBZ wel was opgenomen, te vermelden. Met onderhavige wijziging wordt dit alsnog ingevoerd.

Artikel 17, derde lid, onder c

Omdat het onderscheid tussen 'gewone' contactlenzen en 'wegwerpcontactlenzen' niet eenvoudig is te maken ontstaat er een grond voor discussie als een verzekerde binnen de twee kalenderjaren nieuwe contactlenzen aanschaf zonder dat daarin een sterkte- wijziging heeft plaatsgevonden en deze voor vergoeding in aanmerking wil laten komen als zijnde wegwerplenzen. Derhalve wordt voor wegwerplenzen dezelfde vergoeding verleend als voor gewone contactlenzen en dit wordt gekoppeld zowel aan de termijn als aan de verstrekking zodat een deelnemer niet én contactlenzen én wegwerp- contactlenzen kan declareren.

Artikel 26

Onder de in het tweede lid opgenomen uitkeringsvoorwaarden stond in de Regeling GVP 1996: 'Uitsluitend wordt vergoeding verleend in het geval van ongewenste onvruchtbaarheid bij een kinderloos (echt)paar van beiderlei kunne'. Dit wordt echter uitgelegd als een discri-

minerende bepaling. Binnen de Commissie was reeds uitgesproken deze bepalingen in de praktijk niet meer toe te passen. Hierbij wordt dit ook in regelgeving gewijzigd.

Artikel 29, derde lid, onder c

Uitsluitend ter verduidelijking dat repatriëring uitsluitend naar het land van permanente vestiging kan plaatsvinden.

Artikel 31

De UPT-codes binnen de tandheelkunde zijn gewijzigd op het gebied van de gnatologie. Deze wijzigingen zijn verwerkt onder G gnatologie. Tevens worden bepaalde gnatologische verstrekkingen niet meer gekoppeld aan een voorafgaande toestemming.

De indeling onder T. parodontologie betreffende 'niet chirurgische behandelingen' en 'flapoperaties' was niet juist. De omschrijving 'flapoperaties' dient te worden gewijzigd in 'chirurgische behandelingen'. Onder 'niet-chirurgische behandelingen' vallen alleen de T20, T25 en de T30.

Onder 'chirurgische behandelingen' vallen de T41, T43 en de genoemde chirurgische behandelingen onder 'flapoperaties'.

Artikel 33, achtste lid

Uit de praktijk is gebleken dat (financiële) problemen ontstaan indien een deelnemer wordt aangeschreven met het verzoek om de vergoedingen voor orthodontie terug te storten indien de kaakchirurgische behandeling niet doorgaat.

Bovendien zal door het opvragen van gebitsmodellen en foto's ten behoeve van het beoordelen van de aanvraag machtiging het merendeel voorkomen kunnen worden dat een machtiging afgegeven wordt voor een orthodontisch behandeling die niet gevolgd wordt door een kaak-chirurgische behandeling.

In die gevallen dat de regulatie niet meer behoeft te worden gevolgd door een kaakoperatie dient dit voor de deelnemer geen consequenties hebben.

Artikel 33, negende lid

In de regeling werd onvoldoende duidelijk gemaakt dat er sprake moet zijn van CMD-klachten indien een vergoeding kan worden toegekend voor een occlusale opbeetplaat. Ter verduidelijking is de tekst van onderhavig lid aangepast.

Artikel 33, vijftiende lid

Uit de praktijk is gebleken dat er steeds meer implantaten worden aangevraagd ten behoeve van kronen of brugwerkdelen. Dit is uitgesloten in de regelgeving.

Deels zal dit voorkomen kunnen worden door binnen voornoemd artikellid meer duidelijkheid te verschaffen.

In verband met kwaliteitsbewaking dienen implantaten geplaatst te worden door een kaakchirurg of door een tandarts, opgenomen in de lijst van de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI), als gekwalificeerd tandarts-implantoloog.

Artikel 37, negende en tiende lid

In deze leden is opgenomen op welke wijze een rekening in moet worden gezonden die betrekking heeft op de aanvullende rechten.

Artikel 40

Voor behandeling in een privé-kliniek wordt, voor zover de kosten betrekking hebben op kosten waarvoor geen door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, geen vergoeding verleend.

*De Minister van Binnenlandse Zaken,
H.F. Dijkstal.*