

TOELICHTING

Verzekeringsvoorwaarden

Zorgverzekering
en Aanvullende Verzekeringen



Geldig vanaf 1 januari 2011

Toelichting
Verzekeringsvoorwaarden

Zorgverzekering

en

Aanvullende Verzekeringen

geldig vanaf 1 januari 2011

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

INDEX

UITLEG 6	
=====	7
HOOFDSTUK 0: INLEIDING	7
BELANGRIJKE INFORMATIE OVER UW ZORGVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN	7
=====	7
0.0. Welkom	7
0.1. Rechten en plichten	7
0.2. Afsluiten: schriftelijk, via internet of telefonisch	7
0.3. Verzekeringsdocumenten	8
0.4. Hoe weet u waar u recht op hebt	8
0.5. Nieuwe voorwaarden	9
0.6. Hoe lang duurt uw verzekering	9
0.7. Zorgverlener stuurt u de rekening	9
0.8. Zorgverlener stuurt ons de rekening	9
0.9. Een erkende zorgverlener	10
0.10. Tarieven en vergoeding	10
0.11. Zorgadvies en akkoordverklaring	10
0.12. Zorg in buitenland	10
=====	12
HOOFDSTUK A:	12
ALGEMENE VOORWAARDEN HOOFDVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN ...	12
=====	12
A.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	12
A.3. AARD, INHOUD EN OMVANG VAN UW VERZEKERING	12
A.4. BEGIN EN DUUR VAN UW VERZEKERING	13
A.5. WANNEER KUNT U OPZEGGEN OF WIJZIGEN?	13
A.7. HOOGTE VAN PREMIE EN KOSTEN	14
A.8. BETALING VAN PREMIE EN KOSTEN	14
A.9. BETALINGSACHTERSTAND	15
A.10. PREMIE EN KOSTEN NA BEËINDIGING	15
A.12. VERPLICHT EIGEN RISICO VOOR UW ZORGVERZEKERING	15
A.13. VRIJWILLIG GEKOZEN EIGEN RISICO VOOR UW ZORGVERZEKERING	17
A.14. UW ALGEMENE VERPLICHTINGEN	17
A.15. DOORGEVEN VAN INFORMATIE	17
A.16. REGISTRATIE EN CONTROLE	17
A.17. ZORGVERLENERS / ZORGINSTELLINGEN	18
A.18. NOTA	18
A.21. TARIEVEN	18
A.22. ZORGADVIES EN AKKOORDVERKLARING	21
A.23. BETALING VIA ZORGVERLENER	22
A.24. ALGEMENE UITSLUITINGEN	22
A.25. GESCHILLEN	23
=====	24
HOOFDSTUK B:	24
BESCHRIJVING ZORG IN HOOFDVERZEKERING	24
=====	24
B.3. HUISARTSENZORG	24
B.4. MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG ALGEMEEN	24

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

B.4.1. Ziekenhuisopname	24
B.4.2. Medisch-specialistische zorg zonder opname	25
B.4.3. Verpleging zonder opname	25
B.4.4. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard	25
B.5. ZORG VOOR DE BEVALLING	26
B.5.1. Verloskundige zorg	26
B.5.2. Echoscopie.....	26
B.5.3. Prenatale screening	26
B.5.4. Inschrijving en intake voor kraamzorg	26
B.6. ZORG TIJDENS DE BEVALLING.....	27
B.7. ZORG NA DE BEVALLING / KRAAMZORG	27
B.8. REVALIDATIE	27
B.9. ORGAANTRANSPLANTATIE.....	27
B.10. DIALYSE ZONDER OPNAME	28
B.11. MECHANISCHE BEADEMING.....	28
B.12. ONDERZOEK NAAR KANKER BIJ KINDEREN.....	28
B.13. TROMBOSEDIENST	28
B.14. ERFELIJKHEIDSONDERZOEK EN -ADVISERING.....	28
B.15. AUDIOLOGISCHE ZORG.....	29
B.16. FYSIOTHERAPIE, BEKKENFYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR / MENSENDIECK	29
B.17. ERGOTHERAPIE.....	29
B.18. LOGOPEDIE	29
B.19. DIEETADVISERING	30
B.20. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN	30
B.21. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR	30
B.22. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER	31
B.23. GENEESMIDDELEN EN DIEETPREPARATEN	31
B.23.1. Geneesmiddelen algemeen	31
B.23.2. Geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen.....	32
B.23.3. Zelfzorggeneesmiddelen.....	33
B.23.4. Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt.....	33
B.23.5. Dieetpreparaten	33
B.24. HULPMIDDELENZORG.....	33
B.25. ZIEKENVERVOER.....	34
B.25.1. Ziekenvervoer per ambulance	34
B.25.2. Zittend ziekenvervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)	34
B.26. EERSTELIJNS PSYCHOLOGISCHE ZORG (NIET-SPECIALISTISCHE GGZ).....	35
B.27. SPECIALISTISCHE GGZ.....	35
B.28. DYSLEXIEZORG	36
B.29. PREVENTIE	36
=====	37
HOOFDSTUK C:	37
ALGEMENE VOORWAARDEN NIET-ZORGVERZEKERINGEN EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN	37
=====	37
C.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN	37
C.3. AARD, INHOUD EN OMVANG VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING.....	38
C.4. BEGIN EN DUUR VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING	39
C.6. WANNEER OPZEGGEN OF WIJZIGEN?	39
C.10. VERGOEDING.....	39
C.11. ALGEMENE UITSLUITINGEN	40
C.12. AFWIJKENDE VOORWAARDEN.....	40

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

=====	41
HOOFDSTUK D:	41
BESCHRIJVING ZORG IN AANVULLENDE VERZEKERINGEN	41
=====	41
D.1. MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG	41
D.1.0. Medisch-specialistische zorg algemeen	41
D.1.1. Sterilisatie	41
D.1.2. Ongedaan maken van sterilisatie	41
D.1.3. Correctie van de oorstand (flaporen)	42
D.1.4. Gezichtsscherptebehandelingen	42
D.1.5. Besnijdenis (circumcisie)	42
D.1.6. Correctie van bovenoogleden	43
D.1.7. Cosmetische behandelingen	43
D.1.8. Behandeling tegen snurken	43
D.1.9. Vervanging van borstprothese	43
D.2. PREVENTIE	44
D.2.1. Preventieve inenting	44
D.2.2. Preventieve onderzoeken	44
D.2.3. Preventie voor reizen naar buitenland	44
D.2.4. Medische screening bij adoptie	44
D.2.5. Consulten voor vrouwen	45
D.2.6. Sportmedisch advies	45
D.2.7. Voedingsadvies	45
D.2.8. Gezondheids cursussen en beweegprogramma's	45
D.2.9. Contributie patiëntenvereniging	46
D.3. GENEESMIDDELEN	46
D.3.1. Geneesmiddelen algemeen	46
D.3.2. Eigen bijdragen geneesmiddelen	48
D.3.3. Geneesmiddelen bij erectiestoornissen	48
D.3.4. Overige geneesmiddelen	48
D.3.5. Anticonceptiemiddelen	48
D.4. HULPMIDDELENZORG	51
D.4.1. Hulpmiddelenzorg algemeen	51
D.4.6. Plaswekker	51
D.4.7. Gezichtshulpmiddelen	51
D.4.8. Steunzolen	53
D.4.9. Hulpmiddelen voetbehandeling	53
D.4.11. ADL-Hulpmiddelen	53
D.4.12. Verzorgingsartikelen	53
D.4.13. Huur hulpmiddelen	53
D.4.14. Steunpessarium	54
D.4.15. Teststrips diabetespatiënten	54
D.4.16. Persoonsalarmering	54
D.4.17. Condooms	54
D.4.18. Braces en bandages	54
D.5. PARAMEDISCHE ZORG	55
D.5.1. Fysiotherapie en oefentherapie cesar / mensendieck	55
D.5.3. Instructie mantelzorgers	55
D.6. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	55
D.6.1. Herstel & Balans	55
D.6.3. Inloophuizen	56
D.6.4. Lichttherapie tegen winterdepressie	56
D.6.5. Traumazorg bij schokkende arbeidsgerelateerde gebeurtenissen	56

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.7. ALTERNATIEVE ZORG.....	56
D.7.1. Alternatieve Behandelingen	56
D.7.2. Alternatieve Geneesmiddelen.....	57
D.8. MONDZORG.....	58
D.8.1. Mondzorg algemeen	58
D.8.2. Kronen, bruggen en inlays.....	58
D.8.3. Gebitsprotheses.....	58
D.8.4. Overige mondzorg	58
D.8.5. Orthodontie (gebitsregulatie)	58
D.9. KUURBEHANDELING	59
D.10. HUIDTHERAPIEËN	59
D.10.1. UV-B lichtapparatuur.....	59
D.10.2. Ontharing	59
D.10.3. Acnebehandeling	60
D.10.4. Camouflagetherapie.....	60
D.11. ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMZORG.....	60
D.11.1. Verloskundige zorg en kraamzorg algemeen	60
D.11.2. Eigen bijdragen	60
D.11.3. Kraamzorguitkering.....	60
D.11.4. Extra kraamzorg.....	61
D.11.5. Couveuse nazorg.....	61
D.11.6. Kraamzorg na ziekenhuisopname	61
D.11.7. Reiskosten gezonde moeder	61
D.11.8. Kraamzorg bij adoptie	62
D.11.9. Lactatiekundige zorg.....	62
D.11.10. TENS bij bevalling.....	62
D.11.11. Prenatale screening.....	62
D.12. OVERIGE THERAPIEËN.....	63
D.12.1. Stottertherapie	63
D.12.2. Obesitas behandeling	63
D.12.3. Algemene voetbehandeling	63
D.12.4. Voetbehandeling in bijzondere gevallen	64
D.12.5. Pedicurebehandeling in bijzondere gevallen	64
D.13. VERBLIJF EN VERVOER.....	65
D.13.1. Therapeutisch kamp	65
D.13.2. Logeerkosten	65
D.13.3. Ziekenhuisverpleging in een hogere klasse	66
D.13.4. Liggelduitkering / compensatie / bijkomende kosten bij ziekenhuisopname	66
D.13.5. Zittend ziekenvervoer.....	67
D.13.6. Herstellingsoord.....	67
D.13.7. Eigen bijdrage hospice.....	67
D.13.8. Ondersteuning thuissituatie	68
D.13.9. Kinderopvang.....	68
D.13.10. ZorgTV	68
D.13.11. Reiskosten ouders	69
D.13.12. Bezoekkosten	69
D.14. BUITENLAND ZORG.....	69
D.14.1. Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland	69
D.14.2. Niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland	70

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

UITLEG

In dit boekje staan voorbeelden en toelichtingen op de Verzekeringsvoorwaarden. Het heeft tot doel de teksten van de voorwaarden makkelijker leesbaar en begrijpbaar te maken. De Verzekeringsvoorwaarden zijn altijd leidend. Dit boekje moet daarom worden gelezen in combinatie met het boekje Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen. U kijkt dus eerst bij het artikelnummer in de Verzekeringsvoorwaarden en kijkt daarna in deze Toelichting Verzekeringsvoorwaarden bij het zelfde artikelnummer of er een uitleg/verduidelijking is.

Niet voor alle artikelen uit de Voorwaarden is een toelichting of uitleg opgenomen.

Naast een toelichting bij verschillende artikelen, hebben wij hierna ook een inleiding staan: hoofdstuk 0. Het is goed om die in ieder geval te lezen, omdat het u algemene informatie geeft.

Dit boekje kan gedurende het jaar worden aangepast en/of aangevuld. Een verandering in dit boekje betekent niet dat de Verzekeringsvoorwaarden ook zijn of worden veranderd. Bij elke (serie van) verandering(en) wordt een nieuwe vervangende versie gemaakt, zodat voor u altijd een actuele versie beschikbaar is.

De actuele Toelichting Verzekeringsvoorwaarden kunt u vinden op onze internetsite of bij ons opvragen.

HOOFDSTUK 0: INLEIDING

BELANGRIJKE INFORMATIE OVER UW ZORGVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

0.0. Welkom

Deze Toelichting Verzekeringsvoorwaarden is een verduidelijking van de Verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en aanvullende verzekeringen die u bij ons hebt afgesloten.

0.1. Rechten en plichten

Uw rechten en plichten en die van ons staan:

- op uw polis én
- in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen (in de hoofdstukken A tot en met D) én
- op het Vergoedingen Overzicht voor wat betreft de niet-zorgverzekeringen en de aanvullende zorgverzekeringen.

Deze Toelichting Verzekeringsvoorwaarden is bedoeld ter verduidelijking, als een soort handleiding. Deze Toelichting bevat géén rechten of plichten. Wanneer er wijzigingen in worden gedaan, geeft dat geen recht op wijziging of beëindiging van uw verzekering.

0.2. Afsluiten: schriftelijk, via internet of telefonisch

Uw verzekering(en) kunt u op drie manieren afsluiten:

- a. door middel van een schriftelijke aanvraag**
Sluit u een verzekering via een aanvraagformulier af, dan ontvangt u alle documenten per post. U geeft wijzigingen op papier, via internet of telefonisch aan ons door en vraagt per post om de vergoeding van een rekening.
- b. via internet**
Een Internetverzekering sluit u af via internet. U geeft via internet wijzigingen aan ons door en vraagt via internet om de vergoeding van een rekening.
- c. door middel van een telefonische aanvraag**
Bij een verzekering die u telefonisch hebt afgesloten, ontvangt u alle documenten op papier. U vraagt ook per post om vergoeding van een rekening. Wijzigingen (behalve het wijzigen van een rekeningnummer) kunt u telefonisch doorgeven.

Deze verzekeringsvoorwaarden zorgverzekering en aanvullende verzekeringen zijn van toepassing, ongeacht de manier waarop u de verzekering hebt gesloten. Als ergens in deze voorwaarden een belangrijk verschil bestaat tussen een Internetverzekering en een verzekering op papier wordt dit apart vermeld.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

0.3. Verzekeringsdocumenten

Uw verzekering bestaat uit onderstaande documenten:

a. Polis

Op uw polisblad staat:

- 1) wie verzekerd is;
- 2) de verzekeringnemer;
- 3) welke verzekering (Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering NaturaDirect of Zorgverzekering Restitutie en/of aanvullende verzekeringen) u hebt afgesloten;
- 4) de hoogte van de premie;
- 5) de hoogte van het verplichte eigen risico en ook het eventueel gekozen vrijwillig eigen risico (dit geldt alleen voor de Zorgverzekering; uw aanvullende verzekering heeft geen eigen risico).

b. Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

De verzekeringsvoorwaarden zijn verdeeld in 4 hoofdstukken:

- in hoofdstuk A staan algemene voorwaarden die gelden voor de hoofdverzekering en aanvullende verzekering;
- in hoofdstuk B staat de zorg beschreven die verzekerd is vanuit uw hoofdverzekering;
- in hoofdstuk C staan de afwijkende of aanvullende algemene voorwaarden die alleen gelden voor de aanvullende verzekering;
- in hoofdstuk D staat de zorg beschreven waarop u recht kunt hebben vanuit uw aanvullende verzekering. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of u hiervoor verzekerd bent en in hoeverre u recht hebt op een vergoeding.

c. Vergoedingen Overzicht

Voor de zorgverzekering is het Vergoeding Overzicht een samenvatting van de dekking van de Zorgverzekering.

Voor uw aanvullende verzekering staat in het Vergoeding Overzicht voor welke zorg u verzekerd bent en hoe hoog de vergoeding is.

d. Notabegeleidingsformulieren met antwoordenvolp

U gebruikt deze als u rekeningen bij ons indient. Wij sturen u vervolgens automatisch een nieuw notabegeleidingsformulier toe als wij een nota hebben verwerkt. U kunt dit formulier ook telefonisch bij ons opvragen of via onze website.

Bij onze Internetverzekeringen stuurt u rekeningen in via internet; een notabegeleidingsformulier is niet nodig.

0.4. Hoe weet u waar u recht op hebt

Als u wilt weten waar u recht op hebt, kunt u het beste deze volgorde aanhouden:

- a. Kijk op uw polisblad voor welke zorgverzekering en/of aanvullende verzekering(en) u verzekerd bent;
- b. Kijk in "Vergoedingen Overzicht" van uw verzekering en zoek de zorg die u nodig hebt. U hebt recht op vergoeding als die zorg onder de zorgverzekering en/of uw aanvullende verzekering beschreven staat. Staat uw behandeling er niet bij, dan hebt u geen recht op de zorg of de vergoeding daarvan.
- c. U moet natuurlijk wel voldoen aan de voorwaarden die wij stellen. Deze worden beschreven in "Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen".
- d. Als u meer uitleg of een voorbeeld wilt op een artikel uit de "Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen", dan kijkt u in deze Toelichting.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

0.5. Nieuwe voorwaarden

Elk jaar krijgt u per 1 januari een nieuwe polis.

Als wij de premie of de inhoud van uw verzekering hebben aangepast, kunnen de verzekeringsvoorwaarden en het Vergoedingen Overzicht veranderen. U krijgt daarover een brief van ons. U kunt dan uw nieuwe voorwaarden bij ons of via internet opvragen. Uw oude polis, Vergoedingen Overzicht en verzekeringsvoorwaarden zijn na de wijzigingsdatum niet meer geldig.

0.6. Hoe lang duurt uw verzekering

Als u bij ons uw verzekering afsluit, doet u dat voor de periode van tenminste één heel jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Na deze periode verlengen wij uw verzekeringen automatisch van jaar tot jaar. Dat vertellen wij u ruimschoots tevoren, samen met de wijzigingen in premie en vergoedingen voor het nieuwe jaar.

Wilt u niet dat uw verzekering verlengd wordt? Laat ons dit vóór 1 januari weten. Als de minimale verzekeringsduur of de duur van een verlenging is verstreken, eindigt uw verzekering.

0.7. Zorgverlener stuurt u de rekening

Bent u behandeld door een zorgverlener (behandelaar of leverancier) met wie wij geen afspraken hebben gemaakt? Meestal stuurt deze zorgverlener de rekening direct naar u. U stuurt de originele rekening (geen kopie, herinnering of aanmaning) aan ons op. U hebt daarvoor een notabegeleidingsformulier van ons gekregen. Op dit notabegeleidingsformulier kunt u per rekening aangeven aan wie (welke verzekerde) de zorg is geleverd en wie de zorgverlener is. Ook geeft u hierop aan of wij de kosten van de zorg aan u moeten betalen of rechtstreeks aan de zorgverlener. U blijft wel altijd zelf verantwoordelijk voor een tijdige betaling aan de zorgverlener.

Nadat wij uw rekening hebben ontvangen, kijken wij op welk bedrag u volgens uw hoofdverzekering of aanvullende verzekering(en) recht hebt. Het kan dus zo zijn dat u niet het volledige bedrag van ons vergoed krijgt. Dat is ook het geval wanneer er bijvoorbeeld een eigen bijdrage geldt. Deze gedeeltelijke vergoeding betalen wij altijd aan u en niet aan de zorgverlener. U betaalt zelf het hele bedrag aan de zorgverlener. Hebt u dus op uw notabegeleidingsformulier aangegeven dat wij de kosten van de zorg rechtstreeks aan de zorgverlener moeten overmaken, dan doen wij dat alleen als de kosten voor volledige vergoeding in aanmerking komen.

Wij sturen u een bericht op welke vergoeding u recht hebt en op welke bank- of girorekening wij die vergoeding overmaken. Ook sturen wij u een nieuw notabegeleidingsformulier toe. Dit kunt u gebruiken als u een volgende rekening indient.

Hebt u een Internetverzekering dan dient u rekeningen in via internet. Het notabegeleidingsformulier vult u online in en stuurt u digitaal naar ons. De originele rekeningen moet u scannen en insturen naar het aangegeven e-mailadres. De originele rekening moet u nog minimaal twee jaar bewaren omdat wij deze kunnen opvragen voor controles.

0.8. Zorgverlener stuurt ons de rekening

Wij hebben met veel zorgverleners afgesproken dat zij hun rekeningen niet naar u, maar rechtstreeks naar ons sturen. Wij vergoeden de rekening direct aan de zorgverlener.

Stuurt uw zorgverlener ons een rekening, dan betalen wij deze volledig volgens het geldende tarief aan de zorgverlener. Het kan zijn dat wij de zorgverlener meer betalen dan het bedrag waar u volgens uw verzekering recht op hebt. Bijvoorbeeld als voor een behandeling een eigen bijdrage geldt of van-

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

wege een eigen risico. Als dat zo is, sturen wij u een bericht dat wij teveel hebben betaald en hoeveel dat is. U ontvangt van ons vervolgens een rekening met het verzoek het teveel betaalde bedrag aan ons over te maken.

De eigen bijdrage en/of eigen risico betaalt u op dezelfde manier als de manier waarop u uw premie betaalt. Dit kan met een acceptgiro zijn of via een automatische incasso (bij een Internetverzekering is dit altijd automatische incasso). Wanneer het gaat om een bedrag dat hoger is dan € 1.500,- krijgt u altijd een acceptgiro, ook al hebt u een machtiging afgegeven voor automatische incasso.

0.9. Een erkende zorgverlener

Het is belangrijk dat een zorgverlener goed is opgeleid, voldoende kennis op zijn vakgebied heeft en - nog belangrijker - kwalitatief goede zorg verleent. Ook is het belangrijk dat een zorgverlener administratieve zaken goed geregeld heeft en bijvoorbeeld duidelijk aangeeft hoe en waar een patiënt klachten kan indienen. Soms herkent u zo'n zorgverlener aan zijn titel (bijvoorbeeld arts of medisch-specialist). Soms is een zorgverlener of leverancier erkend; door de overheid of door ons. U vindt dit regelmatig terug als voorwaarde om voor vergoeding in aanmerking te komen.

Wij kunnen u vertellen of een zorgverlener wel of niet erkend is. U kunt zorgverleners ook opzoeken op onze website.

Verzekerden met een Internetverzekering hebben hun eigen informatieteam waar zij hun vragen kunnen stellen.

0.10. Tarieven en vergoeding

In het Vergoedingen Overzicht staat hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij uw rekening volledig vergoeden. Er kan namelijk verschil zijn tussen het bedrag van de rekening en het vergoedingstarief. Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding gaan wij uit van de tarieven die gelden op het moment van uw behandeling. Op het Vergoedingen Overzicht vindt u informatie over die tarieven.

Voor de vergoeding van zorg bestaan verschillende tarieven. Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing. Zie hiervoor artikel A.21. Tarieven in deze Toelichting.

0.11. Zorgadvies en akkoordverklaring

Sommige behandelingen vergoeden wij alleen als u vooraf zorgadvies en een akkoordverklaring van ons hebt gekregen. Dit staat dan vermeld bij de betreffende behandeling of dienst. Hierbij staat ook wat u, of de zorgverlener moet doen om deze zorgadvisering en akkoordverklaring aan te vragen.

Staat dit niet vermeld, of wilt u alleen een zorgadvies bij ons aanvragen omdat u twijfelt over de vergoeding, dan stuurt u ons:

- a. een verwijsbrief of aanvraag van de behandelend huisarts, medisch-specialist of tandarts waarin staat waarom de zorgverlener deze zorg nodig vindt; en
- b. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Pas nadat u van ons een akkoordverklaring hebt gekregen, mag de zorg voor rekening van uw verzekering worden gegeven.

Als u vrijwillig zorgadvies hebt aangevraagd adviseren wij u om onze reactie af te wachten, zodat u weet op welke vergoeding u recht hebt, of aan welke (nadere) voorwaarden moet worden voldaan.

0.12. Zorg in buitenland

Verblijft u tijdelijk in het buitenland, maar binnen Europa of Australië? Dan kunt u de EHIC (European

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Health Insurance Card, een Europese zorgpas) aanvragen. Met deze pas krijgt u zorg in de landen binnen de EU, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein, Zwitserland en Australië. U hoeft dan geen geld voor te schieten. Zorgverleners in het buitenland weten dat hun rekening wordt betaald door de zorgverzekeraar in het land van herkomst. Let op: buitenlandse ziekenhuizen zijn wel bekend met de EHIC, maar dat geldt niet voor alle huisartsen, apothekers en andere zorgverleners.

De pas is bedoeld voor medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar uw woonland, voor verzekerden die op vakantie gaan, tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor werk of studie) én voor bewoners van de grensstreek. U kunt de gratis pas zelf aanvragen op www.ehic.nl.

=====

HOOFDSTUK A:

ALGEMENE VOORWAARDEN HOOFDVERZEKERING EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN

=====

A.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

A.1. Behandeling

“Vergoeding één behandeling van dezelfde soort per dag”:

Als u op één dag bijvoorbeeld een consult van een alternatief arts hebt en een behandeling fysiotherapie door een fysiotherapeut, dan vergoeden wij beide behandelingen.

We vergoeden niet twee behandelingen fysiotherapie die u op één dag hebt. Ook al krijgt u die bij twee verschillende fysiotherapeuten of zijn deze behandelingen voor verschillende aandoeningen.

A.1. Bevalling

Eindigt uw zwangerschap vóór de negentiende week, dan kan er sprake zijn van een miskraam. In dat geval hebt u geen recht op kraamzorg of op een kraamzorguitkering.

A.1. Zorgverzekeraars Nederland

Zorgverzekeraars Nederland behartigt als koepelorganisatie de belangen van zorgverzekeraars. Bijna alle zorgverzekeraars in Nederland zijn lid van Zorgverzekeraars Nederland.

A.1. Zorgverzekeringswet

Van verzekeringsplicht is alleen sprake, als u voor de AWBZ verzekerd bent. Het gaat dan voornamelijk om mensen die rechtmatig in Nederland wonen of die in het buitenland wonen maar in Nederland loonbelasting betalen.

A.3. AARD, INHOUD EN OMVANG VAN UW VERZEKERING

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Een hoofdverzekering kan een zorgverzekering zijn maar ook een andere verzekering (een niet-zorgverzekering). Zie voor deze begrippen artikel A.1.

Welke zorg in uw hoofdverzekering verzekerd is staat in hoofdstuk B beschreven. De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de andere hoofdverzekeringen.

De beschrijving van de zorg in uw aanvullende verzekering staat in hoofdstuk D. De inhoud van uw aanvullende verzekering wordt bepaald door ons.

Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

veilig is. Wij kijken hierbij naar álle wetenschappelijke informatie die er is. Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de passende zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn.

A.3.3. Gecontracteerde zorgverleners

U kunt deze bij ons aanvragen of opzoeken op onze internetsite www.cz.nl/zoekendokter.

A.4. BEGIN EN DUUR VAN UW VERZEKERING

A.4.2. Verzoek tot wijziging

Dit verzoek tot beëindiging zegt niets over de daadwerkelijke datum waarop wij de zorgverzekering (kunnen) beëindigen. Wij laten u weten u wanneer uw zorgverzekering feitelijk eindigt.

A.4.3. Verzekerd met terugwerkende kracht

Voorbeelden:

- a. U bent bij ons verzekerd en krijgt een kind. In alle drukte rond dit nieuwe leven vergeet u uw kind aan te melden voor de zorgverzekering. Na drie maanden komt u erachter dat u uw kind bij ons had moeten aanmelden. U doet dit alsnog. Wij schrijven uw kind met terugwerkende kracht in: de zorgverzekering gaat niet in als uw kind drie maanden is, maar op de dag dat de verzekeringsplicht ontstond, dus vanaf de dag van de geboorte.
- b. U bent verzekerd bij een andere zorgverzekeraar en wilt overstappen naar ons. In november 2010 geeft u aan dat u per 1 januari 2011 de verzekering bij die andere zorgverzekeraar opzegt. Eind januari 2011 stuurt u ons een brief waarin u aangeeft bij ons verzekerd te willen zijn. Wij laten uw verzekering niet eind januari 2011, maar met terugwerkende kracht per 1 januari 2011 ingaan.

A.5. WANNEER KUNT U OPZEGGEN OF WIJZIGEN?

A.5.1. Herroepen van uw verzekering

Onder het herroepen van uw verzekering verstaan wij het volgende: u (verzekeringnemer) hebt zich aangemeld voor onze verzekering, de formulieren hiervoor ingevuld en opgestuurd en eventueel de polis van ons ontvangen. U krijgt spijt van uw beslissing. U (verzekeringnemer) kunt uw verzekering dan herroepen: u laat ons binnen 14 dagen nadat de verzekering is ingegaan of 14 dagen nadat u de polis hebt ontvangen weten dat u de verzekering wilt stoppen. De verzekering wordt dan herroepen. Dat wil zeggen dat wij doen alsof deze verzekering nooit heeft bestaan.

A.5.2. Met ingang van een nieuw jaar

Een opzegging of wijziging die wij na 31 december ontvangen, is dus te laat. Wij beëindigen verzekeringen in dat geval niet met terugwerkende kracht. Uw lopende verzekering blijft nog een jaar gelden en eindigt daarna op 1 januari. Zegt u niet op of wijzigt u uw verzekering niet, dan verlengen wij uw lopende verzekering voor de duur van één jaar.

A.5.6. Bij einde van de verzekering voor iemand anders

algemeen:

de wet geeft de mogelijkheid om een verzekering die door mijnheer A is gesloten voor bijvoorbeeld zijn inmiddels 18 jarige zoon, tussentijds te beëindigen. Dat is het geval als zijn zoon voor zichzelf een verzekering sluit. De oude door A gesloten verzekering voor zijn zoon is dan overbodig geworden.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

- a. Zegt u (verzekeringnemer) de verzekering op 15 april op omdat de verzekerde per 1 mei via een andere verzekering verzekerd is, dan eindigt de door u gesloten verzekering per 1 mei (de ingangsdatum van de nieuwe verzekering).
- b. U (verzekeringnemer) zegt op 15 april de verzekering voor de verzekerde op. Deze verzekerde is namelijk per 1 april via een andere verzekering verzekerd. De opzegtermijn is dan een volledige maand. April geldt als halve kalendermaand. Mei geldt als volledige maand. Dat betekent dat de verzekering eindigt op 1 juni.

A.7. HOOGTE VAN PREMIE EN KOSTEN

A.7.1. Kosten

- c. Dat kan bijvoorbeeld komen omdat die bedragen betrekking hebben op een eigen bijdrage of eigen risico of omdat ze boven een maximum vergoeding van uw verzekering uitkomen.

A.7.2. Vaststelling

Hoe hoog de kosten zijn die u uiteindelijk moet betalen, vermelden wij op uw polis.

De premie kan per aanvullende verzekering verschillen. Soms blijft de premie - uiteraard behoudens jaarlijkse premieaanpassingen - ongeacht uw leeftijd dezelfde (behalve de premieverschillen van 0 tot 18 jaar en vanaf 18 jaar). In andere gevallen is uw premie van uw leeftijd afhankelijk. Als u bijvoorbeeld 18, 30, 40, 50, 60 of 70 jaar wordt, passen we de premie aan. Dat kan ook het geval zijn op andere leeftijden. U weet vooraf bij het sluiten van de aanvullende verzekering wat voor soort premie van toepassing is.

A.7.3. Hoogte van de premie

- Op uw polis staat de premiegrondslag (de brutopremie) per verzekerde per maand vermeld.
- Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico krijgt u korting. Hoe hoger het vrijwillig eigen risico, hoe hoger de korting. Deze korting is een vast bedrag dat van de premiegrondslag af gaat en staat op uw polis vermeld.
- Als uw zich verzekert via een collectieve verzekering dan ontvangt u collectiviteitskorting. Deze korting is een percentage (%) van de premiegrondslag en staat op uw polis vermeld.
- U kunt met ons afspreken of u uw premie per maand, per kwartaal, per half jaar of per jaar vooruit betaalt. Als u per maand betaalt, krijgt u geen korting. Hoe langer de termijn is die u vooruitbetaalt, hoe hoger de korting wordt. Deze korting is een percentage (%) van de premiegrondslag en staat op uw polis vermeld.

A.7.8. Premie als u ten onrechte niet verzekerd bent

Dit kan bijvoorbeeld zijn als wij uw aanvraag en/of de door ons opgevraagde gegevens of documenten niet op tijd binnen hebben.

A.8. BETALING VAN PREMIE EN KOSTEN

A.8.5. Verrekening

“Geen verrekening door u”:

U (verzekeringnemer) hebt bijvoorbeeld een premieschuld van € 200,-. U stuurt ons voor € 100,- aan nota's op. Wij beoordelen of deze nota's voor vergoeding in aanmerking komen. U (verzekeringnemer) mag deze nota's daarom niet van uw premieschuld aftrekken. Uw schuld blijft € 200,-.

“Wel verrekening door ons”:

U (verzekeringnemer) hebt bijvoorbeeld een schuld openstaan van € 100,-. U stuurt ons voor € 300,- aan nota's op. Het gaat om nota's van zorg die volledig onder de vergoeding van uw verzekering vallen. Wij kunnen op dat moment bepalen dat u (verzekeringnemer) € 200,- van ons vergoed krijgt. Uw

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

schuld is daarmee afgelost en die van ons ook.

A.9. BETALINGSACHTERSTAND

A.9.5. Aflossen schuld

“Splitsen van schulden mag niet”:

U (verzekeringnemer) hebt bijvoorbeeld de kosten van uw aanvullende verzekering over een periode van drie maanden niet betaald. Deze kosten kunnen zijn opgebouwd uit premie en andere kosten. U (verzekeringnemer) moet deze kosten in zijn geheel betalen. U kunt dus niet zelf bepalen dat u de premie over deze periode wel betaalt en de andere kosten niet. U kunt ook niet zelf bepalen dat u wel de premie van de derde maand betaalt en niet die van de eerste en de tweede maand. En ook kunt u zelf niet bepalen dat u wel de premie van de zorgverzekering (hoofdverzekering) betaalt en niet die van de aanvullende verzekering.

A.10. PREMIE EN KOSTEN NA BEËINDIGING

A.10.1. Schuld over een beëindigde verzekering

- b. De nota's die u (verzekeringnemer en verzekerde) in de tussenliggende periode indient voor uw nieuwe verzekering, vergoeden wij niet totdat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde premie en kosten aan ons hebt betaald, ook die van de oude beëindigde verzekering.

A.12. VERPLICHT EIGEN RISICO VOOR UW ZORGVERZEKERING

A.12.1. Verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico staat op de polis.

Voorbeeld

U maakt in een jaar voor € 400,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om kosten voor zorg door een medisch-specialist in het ziekenhuis. Deze kosten tellen mee voor het verplicht eigen risico. U hebt geen vrijwillig eigen risico. De eerste € 170,- van de kosten moet u zelf betalen. De overige kosten (€ 230,-) betalen wij.

A.12.2. Kosten die niet meetellen

Kosten die niet meetellen voor het verplicht eigen risico zijn bijvoorbeeld IVF, ambulancevervoer, geneesmiddelen, hulpmiddelen en (laboratorium)onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.

Voorbeeld

U maakt in een jaar voor € 110,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om € 80,- aan kosten voor een medisch-specialist in het ziekenhuis, Deze kosten tellen mee voor het verplicht eigen risico. Daarnaast gaat het om € 30,- aan kosten voor een consult bij de huisarts. Deze kosten tellen **niet** mee voor het verplicht eigen risico. U moet dan € 80,- zelf betalen. De € 30,- voor het huisartsenconsult worden door ons betaald en tellen niet mee voor uw verplicht eigen risico.

- f. Het gaat hier om de zogenaamde ketenzorg.

Daarnaast geldt geen verplicht eigen risico voor de zorg die onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering(en) valt.

A.12.3. Kosten voor eigen rekening

In dat geval worden de kosten dus niet afgetrokken van het bedrag dat u nog aan verplicht eigen risico hebt openstaan.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Bepaalde zorg kent een eigen bijdrage, een maximum vergoeding of een maximaal aantal behandelingen. Die kosten worden niet afgetrokken van het verplicht eigen risico. Het gaat dus om de kosten die wij niet aan u zouden vergoeden en die u dus toch al zelf zou moeten betalen.

Bijvoorbeeld: u hebt in een jaar vier zittingen eerstelijns psychologische zorg gehad van een instelling waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten. De kosten van deze zorg vallen onder het verplicht eigen risico. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden moet u hiervoor per zitting € 10,- zelf betalen. Het gaat om een nota van € 300,- (€ 75,- per zitting). U zou van ons € 260,- vergoed krijgen (4 x € 75,- min 4 x €10,-). Deze € 260,- wordt afgetrokken van het bedrag dat u nog aan verplicht eigen risico hebt openstaan. De € 40,- die buiten de vergoeding vallen en u dus zelf moet betalen, worden niet afgetrokken van het bedrag dat u nog voor het verplicht eigen risico hebt openstaan.

A.12.6. Als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt

Wij tellen het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is meestal 365 dagen, behalve bij schrikkeljaren). De uitkomst hiervan vermenigvuldigen we met € 170,-. De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld:

Uw zorgverzekering begint op 1 oktober. U eigen risico wordt dan:

- a. Van 1 oktober tm 31 december 2011 = 92 dagen.
- b. $92 : 365 = 0,25$
- c. $0,25 \times € 170,- = € 42,84$.
- d. € 42,84 ronden we af. De uitkomst is dan € 43,-. Dat is uw eigen risico voor dat jaar.

A.12.7. Als u 18 jaar wordt

De hoogte van het verplicht eigen risico wordt dan als volgt berekend:

- a. Wij vermenigvuldigen het bedrag van het verplichte eigen risico met het aantal dagen van dat jaar dat dit verplicht eigen risico gaat gelden;
- b. De uitkomst daarvan delen we door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is meestal 365 dagen, behalve bij schrikkeljaren);
- c. Dat bedrag ronden we af op hele euro's.

Voorbeeld:

U hebt een zorgverzekering afgesloten voor u en uw zoon. Op 4 december wordt uw zoon 18 jaar. Voor 4 december had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 4 december een verplicht eigen risico van € 170,-. Dat jaar heeft 365 dagen. Het eigen risico voor uw zoon bedraagt dat jaar dan:

- a. $€ 170,- \times 28 \text{ dagen} = € 4.760,-$
- b. $€ 4.760,- : 365 = € 13,04$
- c. € 13,04 ronden we af. De uitkomst is dan € 13,-. Dit is dan het resterende deel van het eigen risico voor dat jaar.

A.12.8. Eerst verplicht daarna vrijwillig eigen risico

Voorbeeld:

U hebt in een jaar voor € 300,- aan kosten gemaakt die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om kosten die allemaal meetellen voor het eigen risico en er zijn geen eigen bijdragen van toepassing. U hebt een verplicht eigen risico van € 170,- en u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 200,-.

De gemaakte kosten van € 300,- worden eerst afgetrokken van het verplicht eigen risico van € 170,-. Dit is daarmee afgelost. Vervolgens worden de overige kosten (€ 300,- min € 170,- = € 130,-) pas afgetrokken van het gekozen vrijwillig eigen risico. In dit geval is de berekening dan € 200,- min € 130,- = € 70,-. Wij vergoeden dan uiteindelijk dus niets aan u en u hebt nog een bedrag van € 70,- aan vrijwillig eigen risico openstaan.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

A.13. VRIJWILLIG GEKOZEN EIGEN RISICO VOOR UW ZORGVERZEKERING

A.13.2. Lagere premie bij vrijwillig eigen risico

U krijgt in ruil voor een vrijwillig eigen risico korting op de premiegrondslag van uw zorgverzekering. Hoeveel die bedraagt kunt u op de premiebijlage zien.

A.13.3. Hoogte vrijwillige eigen risico

Of u voor een vrijwillig eigen risico hebt gekozen en hoe hoog dat vrijwillig eigen risico is, kunt u zien op uw polis.

A.14. UW ALGEMENE VERPLICHTINGEN

A.14.2. Algemene verplichtingen

- a. U kunt dit doen door u te legitimeren met een geldig rijbewijs, paspoort of Nederlandse identiteitskaart;
- c. We houden ons hierbij aan wat in de privacyregelgeving hierover is geregeld;
- d. Dit omdat de dekking en premieplicht tijdens de duur van de hechtenis en gevangenschap opgeschort worden.

A.14.3. Ander aansprakelijk stellen

- a. Dit betekent dat u bijvoorbeeld verplicht bent informatie en gegevens over te dragen die betrekking hebben op degene die aansprakelijk is. Dergelijke kosten en de afhandeling daarvan draagt u als het ware aan ons over.

A.15. DOORGEVEN VAN INFORMATIE

A.15.2. Belangrijke gebeurtenissen

“Verandering van de gezinssamenstelling”:

Door bijvoorbeeld geboorte of overlijden verandert de samenstelling van uw gezin en daarmee van de verzekering. Ook als uw kind trouwt of gaat studeren, kan de samenstelling van uw gezin veranderen. Dat kan ook gevolgen hebben voor uw verzekering. Als dat gebeurt, moet u dat aan ons doorgeven, zodat wij uw verzekering kunnen aanpassen.

A.15.3. Actuele adres

“verhuizing”:

Wij hebben de juiste adresgegevens nodig om contact met u op te kunnen nemen. Onder adresgegevens vallen daarom uw adres (bezoekadres, postbus), telefoonnummer, faxnummer, e-mailadres, enz.

A.16. REGISTRATIE EN CONTROLE

A.16.3. Informatieverstrekking en registratie

- d. Daaronder valt ook het Burger Service Nummer (BSN) dat wij moeten gebruiken bij het contact met zorgverleners.

Wij houden ons bij deze informatieverstrekking en registratie aan de geldende privacyregelgeving.

“Informatie geven aan derden “:

Als wij rechtstreeks nota's van zorgverleners ontvangen en aan hen betalen wordt uw verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgverlener die u behandelt heeft, weet hoe u bent verzekerd. Om die reden kunnen de zorgverleners bij ons uw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. De zorgverleners mogen deze gegevens alleen inzien als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgverleners geen inzage kunnen hebben in uw adresgegevens, kunt u dit aan ons laten weten. Wij kunnen uw adresgegevens dan afschermen.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

A.16.4. Materiële controle

De protocollen zijn opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Dit is de landelijke koepelorganisatie van alle zorgverzekeraars.

A.17. ZORGVERLENERS / ZORGINSTELLINGEN

A.17.3. Zorgverleners en zorginstellingen

- c. Bijvoorbeeld een verpleegkundige die in een ziekenhuis onder verantwoordelijkheid werkt van een medisch specialist. Of een physician assistant die in een huisartsenpraktijk onder verantwoordelijkheid werkt van de huisarts. Dan vergoeden we die behandelingen ook.
- e. Dat kan betekenen dat wij volgens een ander of lager tarief vergoeden (zie onder het artikel "Tarieven") wanneer u naar een zorgverlener gaat waarmee wij geen overeenkomst hebben.

A.17.4. Overeenkomst met zorgverlener eindigt tijdens uw behandeling

Dit is het geval wanneer u wordt behandeld door een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten die bij aanvang van uw behandeling nog van kracht was maar die in de loop van uw behandeling is geëindigd.

A.18. NOTA

A.18.2. Nota's

- b. De nota is geen offerte, prijsopgave, betalingsherinnering of aanmaning.
- c. Wij adviseren u om de originele nota niet te lang te laten liggen en al eerder, namelijk bij voorkeur binnen twaalf maanden na afloop van het jaar waarin u de behandeling kreeg, aan ons op te sturen. U krijgt dan namelijk bericht van ons hoeveel u vergoed krijgt en hoeveel onder het eigen risico valt. Die informatie kunt u dan weer gebruiken bij het invullen van uw formulier voor de inkomstenbelasting.

A.18.3. Nota's indienen

Elke verzekeringnemer en verzekerde heeft een nummer van ons gekregen: een relatienummer. U vindt het relatienummer op de polis terug. Dient u een nota bij ons in, dan maakt u gebruik van het notabegeleidingsformulier. Dat hebt u samen met de polis van ons gekregen. Hierop geeft u aan voor welke verzekerde de zorg is geleverd. Als de verzekerde recht heeft op een vergoeding dan wordt deze vergoeding betaald, of aan de zorgverlener als dat is aangegeven en als de nota voor volledige vergoeding in aanmerking komt.

A.21. TARIEVEN

Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken. U kunt ook vooraf zorgadvies aanvragen bij de afdeling Medische Beoordelingen en Zorgservice.

In het schema op de volgende bladzijde kunt u zien wat voor tarief er voor u per situatie wordt vergoed. Dit schema geldt voor de Zorgverzekering Natura en de NaturaDirect. Voor de Zorgverzekering Restitutie geldt dat er geen sprake is van een vergoeding van 75% van het vaste, wettelijk bepaalde tarief of 75% van het marktconforme tarief. Als u namelijk naar een zorgverlener gaat waarmee wij geen afspraken over tarieven hebben gemaakt, terwijl u de zorg ook op tijd had kunnen krijgen van een zorgverlener waarmee wij wel afspraken hebben gemaakt, dan vergoeden wij 100% van het vaste wettelijke tarief of 100% van het marktconforme tarief.

Praktijkvoorbeeld 1 verderop is dus niet van toepassing op de Zorgverzekering Restitutie.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Toelichting begrippen in schema:

*** Zorgverlener**

Dit kan een persoon zijn, maar het kan ook een leverancier of een instelling zijn.

**** Marktconform tarief**

Het tarief dat in Nederland passend / gebruikelijk is en in verhouding tot de prijs van soortgelijke zorg door overige zorgverleners. We bedoelen een bedrag dat gelijk is aan het tarief dat wij voor die zorg hebben afgesproken met zorgverleners. Zijn er meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan houden we het gemiddelde van die tarieven aan. Hebben wij voor die zorg geen tarieven afgesproken, dan baseren we ons op prijzen die in de Nederlandse marktomstandigheden passend / gebruikelijk zijn.

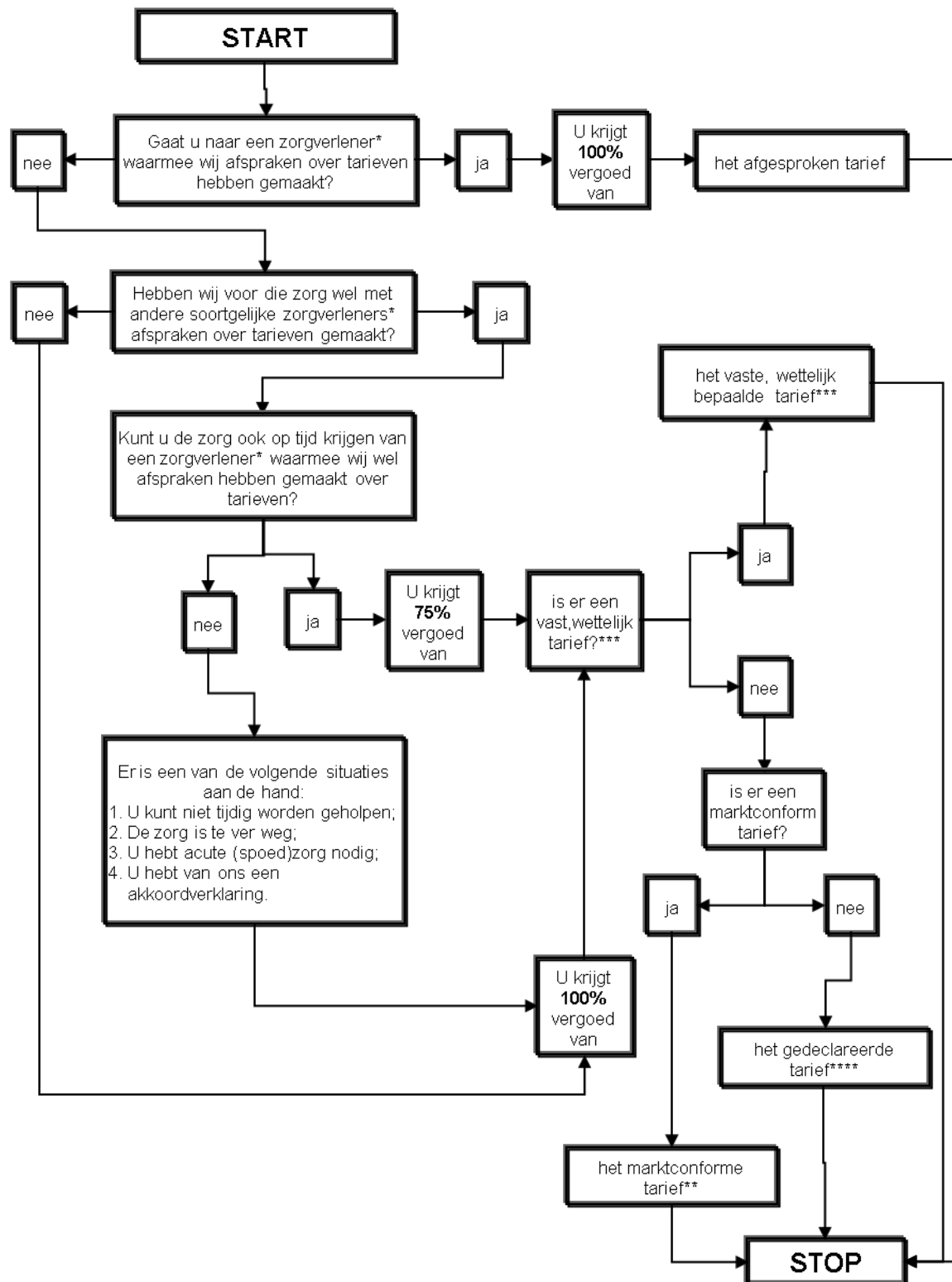
***** Vaste, wettelijk tarief**

Het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het zijn tarieven waarbij geen marge is aangegeven. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd. Deze vergoeding is nooit hoger dan de maximale vergoeding vanuit uw verzekering.

****** Gedecclareerde tarief**

Het bedrag dat op uw nota staat, tot maximaal waar u recht op hebt vanuit uw verzekering. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen



Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Praktijkvoorbeelden:

1. 75% van het marktconforme tarief

U gaat naar een fysiotherapeut. U hebt de zorgverlener opgezocht op onze internetsite "Zoek een dokter" en u hebt gezien dat de fysiotherapeut waar u naar toe wilt geen overeenkomst met ons heeft. Wij hebben dus geen afspraken over tarieven met die fysiotherapeut. U ziet op onze internetsite "Zoek een dokter" dat er andere fysiotherapeuten zijn die wel een overeenkomst hebben, maar u wilt liever naar de fysiotherapeut van uw keuze.

Er is geen vast, wettelijk tarief voor fysiotherapie. Er is wel een marktconform tarief; wij hebben met andere zorgverleners afspraken over tarieven. U krijgt dus 75% vergoed van het marktconforme tarief. Bij voorbeeld:

Uw fysiotherapeut rekent € 30,- voor een behandeling. Wij hebben met andere fysiotherapeuten tarieven afgesproken die liggen tussen de € 20,- en € 28,-. Gemiddeld is dat € 24,-. U krijgt vergoed: 75% van € 24,- = € 18,-.

2. 100% van het marktconforme tarief

U moet behandeld worden voor een liesbreuk. U wilt een behandeling in het buitenland, omdat u in Nederland bij voorbeeld op een onacceptabele wachtlijst komt te staan. Er is voor u redelijkerwijs gesproken niet binnen een redelijke termijn de voor u benodigde zorg beschikbaar in uw omgeving. U doet daarom een aanvraag bij ons. Na beoordeling krijgt u van ons een akkoordverklaring, maar wij hebben geen tarieven afgesproken met de zorgverlener waar u door wordt behandeld.

Er is voor deze behandeling geen vast, wettelijk tarief. Wij hebben voor deze behandeling wel afspraken gemaakt met andere zorgverleners in Nederland, dus er is wel een marktconform tarief. Het marktconforme tarief in Nederland is bijvoorbeeld € 100,-. Bij de zorgverlener waar u naar toe gaat kost de behandeling € 150,-. U krijgt 100% van het marktconforme tarief vergoed. U krijgt dus 100% van € 100,- vergoed = € 100,-.

3. 100% van het vaste, wettelijke tarief

U gaat naar een tandarts, waar u een controle krijgt. U hebt de zorgverlener opgezocht op onze internetsite "Zoek een dokter". U kunt daar lezen dat wij wel overeenkomsten hebben met tandartsen, maar dat daarin geen afspraken staan over tarieven.

Voor tandheelkunde zijn er vaste, wettelijke tarieven. Er is geen marktconform tarief; wij hebben met tandartsen geen afspraken gemaakt over tarieven. In Nederland zijn de gebruikelijke tarieven de vaste, wettelijke tarieven. U krijgt dus 100% van het vaste, wettelijke tarief vergoed. In uw aanvullende verzekering is de vergoeding voor een controle 100%. Het tarief voor een voor een controle is € 19,50 (niveau 2010). U krijgt daarom maximaal vergoed: € 19,50.

4. Gedeclareerde tarief met maximum uit aanvullende verzekering

U gaat naar een acupuncturist. De behandeling kost € 60,-. De acupuncturist is erkend volgens de voorwaarden.

Wij maken met alternatieve zorgverleners geen afspraken over tarieven. U kunt deze zorgverleners daarom niet vinden op onze internetsite "Zoek een dokter". Alternatieve zorgverleners mogen zelf bepalen wat een behandeling kost en deze tarieven kunnen per zorgverlener en/of per soort zorg erg verschillen. Er is dus voor alternatieve zorg geen vast, wettelijk tarief en ook geen marktconform tarief. U krijgt daarom maximaal het gedeclareerde tarief vergoed, maar u hebt bijvoorbeeld een aanvullende verzekering waarin maximaal € 40,- per behandeldag wordt vergoed voor alternatieve zorg. U krijgt daarom € 40,- vergoed (als u uw maximale vergoeding per jaar nog niet hebt opgebruikt).

A.22. ZORGADVIES EN AKKOORDVERKLARING

A.22.1. Zorgadvies en akkoordverklaring

- a. vrijwillige zorgadvisering en akkoordverklaring: wij raden u aan bij twijfel daarvan gebruik te maken. U bent daartoe niet verplicht. U behoudt recht op de zorg zoals die onder de dekking van uw verzekering valt;

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

- b. verplichte zorgadvisering en akkoordverklaring: u bent verplicht daarvan gebruik te maken voordat u de zorg ondergaat.

algemeen

1. De Zorgverzekeringswet en de verzekeringsvoorwaarden omschrijven samen op welke zorg u recht hebt, onder welke voorwaarden en bij welke zorgverleners. Meestal is duidelijk of de zorg die u krijgt, ook onder de dekking van uw verzekering valt. En met zorgverleners hebben we afgesproken, welke zorg in uw verzekering is gedekt en dat zij aan u melden als zorg buiten de dekking valt. In een aantal gevallen kan dan toch bij u de vraag nog opkomen of sprake is van zorg die wel of niet onder de dekking van uw verzekering valt. Of over de hoogte van het te vergoeden tarief. Wij kunnen u helpen bij de uitleg van de wet en de verzekeringsvoorwaarden. En wij kunnen u advies geven over de zorg die u nodig hebt en bij welke zorgverlener u die het beste kunt krijgen. Deze zorgadvisering geeft u vooraf zekerheid over de dekking van uw zorg. Want als zorg gedekt is geven wij u een schriftelijke akkoordverklaring.
2. Bij bepaalde vormen van zorg weten wij uit ervaring dat bij verzekerden vaak onduidelijkheid bestaat over dekking. De kans is dan erg groot dat de verleende zorg of de ingeschakelde zorgverlener niet of niet helemaal onder de dekking van uw verzekering valt. Daarom stellen we voor die zorg onze zorgadvisering en akkoordverklaring vooraf verplicht. U weet dan vooraf of en in hoever uw zorgverzekering dekking geeft voor die zorg of zorgverlener. Daarmee worden teleurstellingen achteraf voorkomen.

voorbeelden

1. U hebt fysiotherapie nodig. Volgens uw verzekering hebt u vanaf de 13e zitting recht op fysiotherapie als sprake is van een aandoening die op een lijst van VWS staat genoemd. Het is niet altijd zeker of u zelf kunt vaststellen, of sprake is van een van de genoemde aandoeningen. Wij helpen u daarbij als u gebruikmaakt van onze zorgadvisering. Onze akkoordverklaring geeft u vervolgens de zekerheid over de dekking van uw polis.
2. U wilt een medisch specialist in het buitenland raadplegen. De tarieven die men daar mag gebruiken kunnen hoger liggen dan in Nederland. En met deze zorgverlener hebben wij geen afspraken gemaakt. De kans bestaat dat u voor de behandeling een hoger tarief berekend krijgt dan voor een vergelijkbare behandeling in Nederland. Bovendien moet u ook rekening houden met een eigen bijdrage. Het is dan verstandig ons vooraf hiervoor te raadplegen, zodat u weet wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse medisch specialist.

A.23. BETALING VIA ZORGVERLENER

A.23.2. Teveel vergoed aan de zorgverlener

Dit kan bijvoorbeeld voorkomen als u een eigen bijdrage of eigen risico hebt of als een maximum vergoeding geldt. Wij schieten het bedrag dan voor dat door de zorgverlener wordt gedeclareerd. Het bedrag voor eigen risico, eigen bijdrage of overschrijding van de maximum vergoeding betaalt u aan ons terug op de manier waarop u de premie betaalt (bijvoorbeeld via automatische incasso of met een acceptgiro).

A.24. ALGEMENE UITSLUITINGEN

A.24.2. Geweld, schuld, misdrijf, overtreding of fraude

- b. Onder de herverzekering van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terroriseschaden (N.H.T.) vallen kosten van deze gebeurtenissen als die in zowel Nederland als in het buitenland plaatsvinden.

“Terrorisme, kwaadwillige besmetting en preventieve maatregelen” zijn bij de N.H.T. als volgt omschreven:

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Terrorisme:

“gewelddadige handelingen en/of gedragingen – begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken”.

Kwaadwillige besmetting:

“het – buiten het kader van een van de zes in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 genoemde vormen van molest – (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden – al dan niet in enig organisatorisch verband – is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken”.

Preventieve maatregelen:

“van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of – indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt – de gevolgen daarvan te beperken”.

Herverzekering van de N.H.T.

De herverzekering van de N.H.T. dekt de kosten van terrorismerisico tot maximaal 1 miljard euro per jaar. Dit bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle verzekeraars samen die bij de N.H.T. zijn aangesloten. Als sprake is van een aanpassing meldt de N.H.T. dit in drie landelijke dagbladen.

Polisblad terrorisme

Bijna alle verzekeraars maken van de herverzekering van de N.H.T. gebruik. Er is ook één landelijk “polisblad Terrorisme” uitgegeven. U kunt hierover meer terugvinden op de internetsite www.terrorismeverzekerd.nl.

- d. Onder fraude verstaan wij het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke gronden en/of manieren krijgen van vergoeding van ons of een verzekeringsovereenkomst met ons. Wij geven u dan een vergoeding die wij u niet zouden hebben gegeven als wij de werkelijke toedracht zouden hebben gekend.

A.25. GESCHILLEN

A.25.2. Naar de rechter of de geschillencommissie

- b. De commissie houdt zich bij het uitbrengen van het bindend advies aan het reglement dat op de commissie van toepassing is.

HOOFDSTUK B:

BESCHRIJVING ZORG IN HOOFDVERZEKERING

B.3. HUISARTSENZORG

B.3.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

Voorschrift

Niet nodig.

De gezondheidsadvisering kan ook plaatsvinden via de Gezondheidslijn. Via deze service ontvangt u rechtstreeks en gericht op uw specifieke situatie, medische informatie in antwoord op uw gezondheidsvragen.

B.3.3. Uitsluitingen

Het gaat hierbij om de richtlijnen van de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap).

B.4. MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG ALGEMEEN

B.4.1. Ziekenhuisopname

B.4.1.1. Omschrijving van de zorg

Hoe berekent u in bijzondere gevallen hoeveel dagen uw opname duurt?

- a. Als u bent opgenomen en deze opname wordt na 100 dagen voor 20 dagen onderbroken en vervolgens weer voortgezet, dan geldt het volgende. Als u na de onderbreking van 20 dagen terugkeert, worden de opnamedagen vanaf die terugkeerdag verder geteld vanaf dag 101 tot en met maximaal dag 365.
- b. Als u bent opgenomen en deze opname wordt na 100 dagen voor 40 dagen onderbroken, vervolgens wordt uw opname voortgezet, geldt het volgende. Als u na de onderbreking van 40 dagen terugkeert in de opname, worden de opnamedagen vanaf dan weer vanaf 1 geteld tot maximaal 365. Er wordt dus opnieuw begonnen met tellen tot maximaal dag 365. Er is dan dus sprake van twee verschillende opnames.
- c. Als u bent opgenomen en u gaat tijdens deze opname na 100 dagen voor een weekendverlof van 2 dagen naar huis en keert vervolgens weer terug in de opname, geldt het volgende. De 2 dagen weekendverlof tellen mee voor de telling van de 365 dagen. Als u na 2 dagen terugkeert

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

in de opname wordt verder geteld vanaf dag 103 tot maximaal 365. Er wordt dus gewoon doorgeteld.

B.4.1.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Voor andere medisch-specialistische zorg zijn zorgadvies en akkoordverklaring niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

B.4.2. Medisch-specialistische zorg zonder opname

B.4.2.1. Omschrijving van de zorg

Voorbeeld medisch-specialistische zorg in bijzondere gevallen:

Behandeling in een decompressietank wordt vergoed als er sprake is van een duikongeval in binnen- of buitenland. Het maakt daarbij niet uit of u beroepsduiker of sportduiker bent. U moet samen met de nota's een medisch rapport kunnen overleggen van de instelling waar de decompressietank staat. Dit omdat er door het spoedeisend karakter vaak geen toestemming vooraf gegeven kan worden voor de behandeling in de decompressietank. Op basis van dit medisch rapport kan de medisch adviseur het spoedeisend karakter wel achteraf beoordelen. Het eventueel verhalen van de kosten bij een reisverzekeraar speelt hier niet: medische kosten komen in dit geval altijd ten laste van de zorgverzekeraar.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline / Hulpdienst.

B.4.2.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Bij de aanvraag moet een omschrijving van de gevraagde behandeling zitten. Deze moet door de behandelend specialist opgesteld en gemotiveerd zijn.

Voor andere medisch-specialistische zorg zijn zorgadvies en akkoordverklaring niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

B.4.3. Verpleging zonder opname

B.4.3.2. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

B.4.4. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

B.4.4.1. Omschrijving van de zorg

Onder behandelingen van plastisch-chirurgische aard worden verstaan vorm- of aspectveranderende ingrepen van het uiterlijk. Hieronder kunnen ook behandelingen vallen die worden uitgevoerd door andere specialisten, zoals bijvoorbeeld een KNO-arts of dermatoloog.

- a. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is sprake als het gaat om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Voorbeelden zijn: onbehandelbare smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik of een doorgankelijkheidsprobleem van de neus bij een neus die scheef staat.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

- b. Van een verminking is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Voorbeelden hiervan zijn: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten.
- c. Bij verlamde of verslapte bovenoogleden als gevolg van ouderdom hebt u geen recht op een plastisch-chirurgische behandeling om de bovenoogleden te corrigeren. Mogelijk hebt u vanuit een aanvullende verzekering wel recht op een vergoeding.

B.4.4.2. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

B.5. ZORG VOOR DE BEVALLING

B.5.1. Verloskundige zorg

B.5.1.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

B.5.2. Echoscopie

B.5.2.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

B.5.3. Prenatale screening

B.5.3.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

B.5.4. Inschrijving en intake voor kraamzorg

B.5.4.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

Voorschrift

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

B.6. ZORG TIJDENS DE BEVALLING

B.6.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

B.6.3. Uitsluitingen

- A. Er wordt € 111,50 per persoon per dag gevraagd door de instelling. Wij hebben met de instelling het volgende afgesproken:
1. Wij vergoeden dit bedrag helemaal aan de instelling;
 2. Wij brengen bij u de eigen bijdrage van € 15,50 per dag voor moeder en € 15,50 per dag voor het kind in rekening.
- B. Stel, er wordt € 120,- per persoon per dag gevraagd door de instelling. We hebben met de instelling het volgende afgesproken:
1. Wij vergoeden dit bedrag helemaal aan de instelling;
 2. Wij brengen bij u de eigen bijdrage van € 15,50 per dag voor moeder en € 15,50 per dag voor het kind in rekening.
 3. Wij brengen bij u ook het bedrag boven de € 111,50 per persoon per dag in rekening. In dit geval is dat € 120,- minus € 111,50 = € 8,50 per persoon per dag. U moet dit dus ook zelf betalen, ook al moet u de vaste eigen bijdrage al betalen.
- C. U bevalt in het ziekenhuis zonder medische noodzaak, zonder opname. Wij vergoeden voor moeder en kind dus 2 keer € 111,50 per dag is € 223,- per dag voor deze bevalling maar we trekken daar voor beiden € 15,50 aan eigen bijdragen vanaf; dat is € 31,-. U krijgt dus € 223,00 -/- € 31,00 = € 192,00 per dag van ons.

De maximum vergoeding per dag en de eigen bijdrage per dag blijft hetzelfde, ongeacht of sprake is van één kind, een tweeling of meerling.

B.7. ZORG NA DE BEVALLING / KRAAMZORG

B.7.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

In andere gevallen niet nodig.

B.8. REVALIDATIE

B.8.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

B.9. ORGAANTRANSPLANTATIE

B.9.2. Omschrijving van de zorg voor de donor

c./d. "kosten die te maken hebben met de transplantatie en met het feit dat de donor in het buiten-

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

land woont”

Wij bedoelen hiermee kosten die te maken hebben het feit dat de screening en de selectie van donoren in het buitenland plaatsvindt. Het gaat dan bijvoorbeeld om reiskosten in het buitenland naar een instelling waar de screening plaatsvindt en de selectie- en transportkosten van bloedmonsters. De verblijfskosten en eventueel gemiste inkomsten van de in het buitenland wonende donor vallen hier niet onder.

B.9.3. Voorwaarden

Voorschrift en akkoordverklaring

Niet nodig.

B.10. DIALYSE ZONDER OPNAME

B.10.2. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

B.11. MECHANISCHE BEADEMING

B.11.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

B.12. ONDERZOEK NAAR KANKER BIJ KINDEREN

B.12.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

Voorschrift

Niet nodig.

Plaats

Niet nodig.

B.13. TROMBOSEDIENST

B.13.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

B.14. ERFELIJKHEIDSONDERZOEK EN -ADVISING

B.14.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

B.15. AUDIOLOGISCHE ZORG

B.15.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

B.16. FYSIOTHERAPIE, BEKKENFYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE CESAR / MENSENDIECK

B.16.5. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

B.16.6. Uitsluitingen

a. 1) als u 18 jaar of ouder bent

Voorbeeld:

U hebt last van bekkeninstabiliteit na een zwangerschap. Dit heet "postpartum bekkeninstabiliteit". Dit is een aandoening die op de lijst staat. In deze lijst staat ook dat wij bij deze aandoening maximaal drie maanden fysiotherapie of oefentherapie vergoeden.

De eerste twaalf behandelingen in deze drie maanden moet u zelf betalen. Daarna hebt u recht op de volgende behandelingen, tot de periode van drie maanden voorbij is. Als u voor uw aandoening vier maanden behandeld wordt, hebt u op grond van uw zorgverzekering geen recht meer op de behandelingen in de vierde maand. Als u een aanvullende verzekering hebt afgesloten, kunnen de behandelingen in de vierde maand daaruit vergoed worden, als uw aanvullende verzekering een dekking heeft voor fysiotherapie en u voldoet aan de voorwaarden. Ook de eerste twaalf behandeling zouden vergoed kunnen worden uit een aanvullende verzekering.

B.17. ERGOTHERAPIE

B.17.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

B.18. LOGOPEDIE

B.18.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

B.19. DIEETADVISING

B.19.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

B.20. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN ALLE LEEFTIJDEN

B.20.1. Omschrijving van de zorg

a. mondzorg in bijzondere gevallen. Deze mondzorg is noodzakelijk omdat:

- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.

Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een paradontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Het kan bijvoorbeeld gaan om mensen met de volgende aandoeningen/ziektes:

- hartaandoeningen;
- diabetes mellitus;
- lichen planus (huidaandoening in de mond);
- multipele sclerose;
- longontsteking,

en mensen die behandeld worden met de volgende therapieën:

- radiotherapie in het hoofd-halsgebied;
- chemotherapie;
- intraveneuze bisfosfonaten (geneesmiddelen die in de aderen worden gespoten om de afbraak van botweefsel tegen te gaan);
- calciumantagonisten (middel dat kan worden gebruikt bij bepaalde hartklachten);
- difantoïne-achtige preparaten (middelen die gebruikt kunnen worden bij o.a. epilepsie).

Verder ook:

- bij oncologische patiënten bij wie de algemene weerstand gevaar loopt;
- bij parodontitis als complicatie van een immuun-, bloed- of stofwisselingsziekte;
- in het kader van de preventie van systematische complicaties bij endocarditis (ontsteking van de binnenwand van het hart), hartklepaandoeningen, stamceltransplantatie, nierfalen en orgaantransplantatie.

B.20.2. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Voorschrift

Niet nodig.

B.21. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN JONGER DAN 18 JAAR

B.21.2. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Voorschrift

Niet nodig.

B.22. MONDZORG VOOR VERZEKERDEN VAN 18 JAAR EN OUDER

B.22.1. Omschrijving van de zorg

- a. 3) - Als u bent opgenomen en deze opname wordt bijvoorbeeld na 100 dagen voor 20 dagen onderbroken en vervolgens weer voortgezet, dan geldt het volgende:
Als u na de onderbreking van 20 dagen terugkeert, worden de opnamedagen vanaf die terugkeerdag verder geteld vanaf dag 101 tot en met maximaal dag 365.
- Als u bent opgenomen en deze opname wordt bijvoorbeeld na 100 dagen voor 40 dagen onderbroken, vervolgens wordt uw opname voortgezet, geldt het volgende:
Als u na de onderbreking van 40 dagen terugkeert in de opname, worden de opnamedagen vanaf dan weer vanaf 1 geteld tot maximaal 365. Er wordt dus opnieuw begonnen met tellen tot maximaal dag 365.
- Als u bent opgenomen en u gaat tijdens deze opname bijvoorbeeld na 100 dagen voor een weekendverlof van 2 dagen naar huis en keert vervolgens weer terug in de opname, geldt het volgende:
De 2 dagen weekendverlof tellen mee voor de telling van de 365 dagen. Als u na 2 dagen terugkeert in de opname wordt verder geteld vanaf dag 103 tot maximaal 365. Er wordt dus gewoon doorgeteld.

B.22.2. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

B.23. GENEESMIDDELEN EN DIEETPREPARATEN

B.23.1. Geneesmiddelen algemeen

B.23.1.1. Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS)

De Regeling zorgverzekering met Bijlagen vindt u op www.wetten.overheid.nl.

In onderstaand schema kunt u zien op welke vergoeding u in welk geval recht hebt:

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

		Vergoeding geneesmiddelen zonderextra voorwaarden	Vergoeding geneesmiddelen waarvoorextra voorwaarden gelden (art.B.23.1.3 a en b)				
			aan voorwaarden van indicatie / voorschrijver voldaan?		aan voorwaarden van plaats van toediening voldaan?		
			ja	nee	ja	nee	
geneesmiddelen NIET onder preferentiebeleid	onderling vervangbare geneesmiddelen art.B.23.1.2. a	100% Nederl. tarief minus eigen bijdrage	100% Nederl. tarief tot eigen bijdrage	geen vergoeding	100% Nederl. tarief minus eigen bijdrage	geen vergoeding	
	niet onderling vervangbare geneesmiddelen art.B.23.1.2. b	100% Nederl. tarief	100% Nederl. tarief	geen vergoeding	100% Nederl. tarief	geen vergoeding	
geneesmiddelen onder preferentiebeleid art.B.23.1.4	voorkeurs geneesmiddelen	100% Nederl. tarief	niet van toepassing		niet van toepassing		
	niet voorkeurs geneesmiddelen	medisch noodzakelijk	100% Nederl. tarief	niet van toepassing		niet van toepassing	
		niet medisch noodzakelijk	geen vergoeding	niet van toepassing		niet van toepassing	

De prijzen en eigen bijdrages van geneesmiddelen kunt u vinden op de CVZ-site: www.medicijnkosten.nl

B.23.1.3. Extra voorwaarden.

Met rationele farmacotherapie bedoelen wij hier een behandeling met een geneesmiddel in een vorm die voor u geschikt is. Uit onderzoek moet zijn gebleken dat het geneesmiddel werkzaam, effectief en het meest economisch is.

B.23.1.4. Onze voorkeursgeneesmiddelen

Merknaam of werkzame stof

De werkzame stof die in een geneesmiddel zit, bepaalt de werking van een geneesmiddel. Vaak zijn er meerdere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, sterkte en manier van toedienen. Deze geneesmiddelen hebben een andere prijs, maar dezelfde werking. Huisartsen hebben met de minister afgesproken dat zij zoveel mogelijk de naam van de werkzame stof op het recept zetten, in plaats van de merknaam van het geneesmiddel. De apotheek kiest vervolgens het geneesmiddel met de werkzame stof die op dat moment het goedkoopste is. Voor sommige stofnamen bepaalt de zorgverzekeraar op basis van de prijs welke fabrikant wordt vergoed

B.23.2. Geregistreerde geneesmiddelen behalve zelfzorggeneesmiddelen

B.23.2.2. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

B.23.3. Zelfzorggeneesmiddelen

B.23.3.2. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

B.23.4. Geneesmiddelen die de apotheek zelf maakt

B.23.4.2. Voorwaarden

Algemeen

a. Dit houdt onder andere in dat:

- uitgesloten zijn: magistrale bereidingen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan een niet- aangewezen geneesmiddel;
- een eigen bijdrage van toepassing is als de magistrale bereiding een geneesmiddel met eigen bijdrage bevat.

b. met rationele farmacotherapie bedoelen wij hier een behandeling met een geneesmiddel in een vorm die voor u geschikt is. Uit onderzoek moet zijn gebleken dat het geneesmiddel werkzaam, effectief en het meest economisch is voor het ziektebeeld waar u voor behandeld wordt.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. De apotheek of apotheekhoudend huisarts beoordeelt of u recht hebt op het geneesmiddel. Dit doet hij door toetsing aan de hand van een stroomschema.

Verwijzing

Niet nodig.

B.23.5. Dieetpreparaten

B.23.5.2. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

B.24. HULPMIDDELENZORG

B.24.1. Omschrijving van de zorg

"functionerend hulpmiddel"

Daaronder verstaan we dat het hulpmiddel bij aflevering gebruiksklaar is. Bij de eerste aanschaf horen ook een gebruikersinstructie, batterijen of oplaadapparatuur en toebehoren noodzakelijk voor het functioneren. Om van een functionerend hulpmiddel te kunnen (blijven) spreken kan herstel, vervanging of wijziging nodig zijn. Tot slot kan ook vergoeding of verstrekking van een reservemiddel plaatsvinden als dat redelijkerwijs nodig is. Een verzekerde moet namelijk voortdurend de beschikking hebben over een werkend, gepast of geschikt hulpmiddel. Echter, als er sprake is van toerekenbare onachtzaamheid van de verzekerde (eigen schuld of niet goed opletten waardoor verlies, diefstal of beschadiging van een hulpmiddel) moet u de kosten van vervanging of reparatie zelf betalen.

"functiegerichte omschrijvingen"

Het Reglement Hulpmiddelen bevat functiegerichte omschrijvingen. Deze vervangen de concrete productgebonden omschrijvingen die eerst werden gebruikt zoals bij voorbeeld schouder-, arm-, hand-, voet-, mamma-, gelaat-, stem- en oogprothesen en pruiken en zoals uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel. Zo wordt nu in het Reglement Hulpmiddelen de eerste groep prothesen aangeduid met "uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van onderdelen van het menselijk lichaam". Wat en welke hulpmiddelen we daarmee in ieder geval bedoelen, staat beschreven in de Lijst aangewezen hulpmiddelen. Deze Lijst geeft dus een concrete uitwerking van de functiegerichte omschrijvingen.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

B.24.2. Reglement Hulpmiddelen

Er zijn heel veel hulpmiddelen. Deze kunnen niet allemaal vergoed worden. De overheid heeft daarom een aantal hulpmiddelen gekozen waar u recht op kunt hebben. Deze hulpmiddelen staan in de Regeling zorgverzekering. In de Regeling zorgverzekering staan ook de maximumbedragen die verzekeraars mogen vergoeden en de eigen bijdragen die gelden. De nadere voorwaarden die voor deze hulpmiddelen gelden, staan in het Reglement Hulpmiddelen.

B.24.4.1. Verzorging van het hulpmiddel

“Toerekenbare onachtzaamheid”:

Er is bijvoorbeeld sprake van toerekenbare onachtzaamheid als er sprake is van eigen schuld, of niet goed opletten aan uw kant.

B.25. ZIEKENVERVOER

B.25.1. Ziekenvervoer per ambulance

B.25.1.1. Omschrijving van de zorg

b. Voorbeeld van ander vervoer in spoedsituaties:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland wordt ook helikopter- vervoer vergoed, als u vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of (beroeps)visser bent.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline / Hulpdienst.

B.25.1.2. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

B.25.2. Zittend ziekenvervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi)

B.25.2.1. Omschrijving van de zorg

Begeleiding bij ziekenvervoer per taxi:

In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat u recht hebt op zittend ziekenvervoer dat veilig, van deur tot deur, zo snel mogelijk en op tijd gebeurt. Uw vervoerder is hier verantwoordelijk voor. Deze verantwoordelijkheid stopt echter bij de deur of de algemene ontvangstruimte van de instelling waar u naartoe wordt vervoerd. Dit betekent dat een vervoerder niet verantwoordelijk is voor het brengen van de persoon die vervoerd wordt naar de afdeling of kamer binnen de instelling. Als uw kind bijvoorbeeld voor een behandeling naar het ziekenhuis of een andere instelling moet, zorg dan zelf voor begeleiding zodat uw kind veilig op de plaats van bestemming aankomt. Ook is een vervoerder niet verantwoordelijk voor het lichamelijke of geestelijke welzijn van de persoon die vervoerd wordt. Is uw gezondheidstoestand van dien aard dat u niet alleen kunt reizen, zorg dan dat er een begeleider met u meereist. Zorg ook dat u op de afgesproken tijd klaar staat, om onnodige vertraging te voorkomen.

B.25.2.2. Voorwaarden

Algemeen

“Hardheidsclausule”

Wij bepalen aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht hebt op zittend ziekenvervoer. Bij de aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijgevoegd. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze Zorgverzekering of de AWBZ vallen.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Om vast te stellen of u recht hebt op zittend ziekenvervoer gebruiken wij de volgende formule op jaarbasis:

Aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per maand x afstand in kilometers x een wegingsfactor. Die wegingsfactor bedraagt 0,25. Bedraagt de uitkomst 250 of meer, dan hebt u ook recht op zittend ziekenvervoer. Als afstand gaan wij uit van de snelste route enkele reis volgens de routeplanner Routenet.

Voorbeeld: 5 (aantal maanden behandeling) x 8 (aantal behandelingen per maand) x 26 (afstand in kilometers) x 0,27 (wegingsfactor) = 260. Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een vergoeding van het zittend ziekenvervoer.

Komen er wijzigingen in deze situatie, dan moet u ons dat zo snel mogelijk doorgeven.

Meer informatie vindt u ook op onze internetsite.

Verwijzing

Niet nodig.

B.26. EERSTELIJNS PSYCHOLOGISCHE ZORG (NIET-SPECIALISTISCHE GGZ)

B.26.2. Voorwaarden

Algemeen

Wij kunnen u vertellen welke internetprogramma's wij hebben erkend.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

B.27. SPECIALISTISCHE GGZ

B.27.1. Specialistische GGZ met opname

B.27.1.1. Omschrijving van de zorg

- a. Als u bent opgenomen en deze opname wordt na 100 dagen voor twintig dagen onderbroken en vervolgens weer voortgezet, dan geldt het volgende: als u na de onderbreking van 20 dagen terugkeert, worden de opnamedagen vanaf de terugkeerdag verder geteld vanaf dag 101 tot en met maximaal dag 365.
- b. Als u bent opgenomen en deze opname wordt na 100 dagen voor 40 dagen onderbroken en vervolgens wordt uw opname voortgezet, dan geldt het volgende: als u na de onderbreking van 40 dagen terugkeert in de opname, worden de opnamedagen vanaf dan weer vanaf dag 1 geteld tot maximaal 365. Er wordt dus opnieuw begonnen met tellen tot maximaal dag 365.
- c. Als u bent opgenomen en u gaat tijdens deze opname na 100 dagen voor een weekendverlof van 2 dagen naar huis en u keert vervolgens weer terug in de opname, dan geldt het volgende: de 2 dagen weekendverlof tellen mee voor de telling van de 365 dagen. Als u na 2 dagen terugkeert in de opname wordt verder geteld vanaf dag 103 tot maximaal 365. Er wordt dus gewoon doorgeteld.

B.27.1.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

B.27.2.2.2. Andere specialistische GGZ zonder opname

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

B.28. DYSLEXIEZORG

B.28.2. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

B.29. PREVENTIE

B.29.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de dekking raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Plaats

Niet nodig.

=====

HOOFDSTUK C:

ALGEMENE VOORWAARDEN NIET- ZORGVERZEKERINGEN EN AANVULLENDE VER- ZEKERINGEN

=====

C.1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Ketenzorg

Deze keten van verschillende zorgverleners wordt Zorggroep genoemd.

De overheid heeft vastgesteld wat ketenzorg is. Het gaat om zorg die wordt bekostigd, op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Een huisarts met de praktijkondersteuner maken altijd deel uit van een zorggroep. De meeste huisartsen zijn al aangesloten bij een zorggroep en zijn ook door ons gecontracteerd. Andere zorgverleners die deel uit kunnen maken zijn bijvoorbeeld een diëtist, psycholoog, fysiotherapeut en de medisch specialist (zoals een longarts, of internist)

Het gaat voor alsnog om de indicaties COPD, Diabetes mellitus en CVRM (cardio vasculair risicomangement). Wilt u zeker weten of uw huisarts is gecontracteerd voor ketenzorg? U kunt voor informatie altijd terecht bij uw huisarts. U kunt ook kijken op onze site www.cz.nl/overzicht-zorggroepen.pdf of u kijkt bij uw aandoening (onder de tab Zorg en advies) en kijkt vervolgens bij de soorten zorg die u nodig hebt, met name de huisarts.

Repatriëring

Wij adviseren u om voor uw tijdelijke verblijf in het buitenland ook een reisverzekering af te sluiten. Repatriëring valt in veel gevallen niet onder de verzekeringsvoorwaarden van uw (aanvullende) verzekering.

Wanneer u met de gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht, vallen deze kosten niet onder de (aanvullende) verzekering. U kunt deze kosten wel verzekeren via een reisverzekering.

Het repatriëren van een overledene (waarbij het om duizenden euro's gaat) valt in de meeste gevallen ook niet onder de (aanvullende)verzekering. Daarvoor is alleen in een paar heel uitgebreide aanvullende verzekeringen een vergoeding opgenomen. Een reisverzekering dekt deze kosten wel.

Schoonheidsspecialist

Een schoonheidsspecialist kan alleen maar een acnebehandeling declareren, als zij naast haar basisopleiding ook een diploma voor die specialisatie (acnebehandeling) heeft. Bij de beroepsvereniging ANBOS is de schoonheidsspecialiste geregistreerd voor deze specialisatie. Een diploma voor bijvoorbeeld elektrische epilatie is niet de juiste specialisatie om bij ons een acnebehandeling te kunnen declareren.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden

Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Wonen

Als u ergens woont, verstaan wij daaronder dat u daar een huis hebt of huurt, daar werkt, uw eventuele kinderen daar naar school toe gaan en u daar bijvoorbeeld lid bent van sportverenigingen. Om vast te stellen waar u woont, kijken wij dus naar uw feitelijke omstandigheden.

C.3. AARD, INHOUD EN OMVANG VAN UW AANVULLENDE VERZEKERING

C.3.1. Elkaar uitsluitende aanvullende verzekeringen

Sommige aanvullende verzekeringen sluiten elkaar uit; deze mag u niet tegelijkertijd hebben. Wij bepalen welke aanvullende verzekeringen dat zijn. Hebt u al een aanvullende verzekering en wilt u daarnaast een tweede aanvullende verzekering? Dan beëindigen wij uw eerste aanvullende verzekering als het gaat om aanvullende verzekeringen die u niet tegelijkertijd mag hebben. Dat doen wij op het moment dat uw nieuwe aanvullende verzekering ingaat.

Voorbeeld

Groepen aanvullende verzekeringen die u niet tegelijkertijd mag hebben, zijn bijvoorbeeld

1. de aanvullende verzekeringen A, B en C.
2. de aanvullende verzekeringen D en E.

U mag uit de aanvullende verzekeringen onder 1 maar één verzekering kiezen. Ook uit de aanvullende verzekeringen onder 2 mag u maar één verzekering kiezen.

Hebt u een aanvullende verzekering A en sluit u daarnaast een aanvullende verzekering B af, dan beëindigen wij uw aanvullende verzekering A op het moment dat uw aanvullende verzekering B ingaat.

Wel mag u één aanvullende verzekering kiezen onder 1 én één kiezen onder 2. Bijvoorbeeld de aanvullende verzekeringen A en D mag u wel tegelijkertijd hebben voor één verzekerde.

C.3.2. Eigen aanvullende verzekering per gezinslid

Voor de ene verzekerde op uw polis kunt u een andere aanvullende verzekering afsluiten dan voor een andere verzekerde op uw polis.

C.3.3. Kinderen (verzekerden jonger dan 18 jaar)

- a. Een kind moet dezelfde aanvullende verzekering(en) hebben als (één van) de ouders. Als die ouder zijn aanvullende verzekeringen verandert, en dus een andere serie aanvullende verzekeringen krijgt, veranderen wij op dezelfde wijze ook de serie aanvullende verzekeringen van het kind.
- b. Hebben de ouders geen serie, maar één aanvullende verzekering (die per verzekerde kan verschillen), dan mag u bepalen volgens welke uw kind verzekerd wordt. De wijziging van de aanvullende verzekering(en) van het verzekerde kind gaat in op dezelfde datum waarop de gewijzigde (serie) aanvullende verzekering(en) voor de ouder(s) ingaat.

Stel: Een gezin heeft de volgende series van aanvullende verzekeringen:

Vader heeft aanvullende verzekering X + Y

Moeder heeft aanvullende verzekering X + Z

Kind van 10 heeft aanvullende verzekering X + Y (dezelfde serie aanvullende verzekeringen als zijn vader).

Vader verandert zijn aanvullende verzekering en kiest voor X + Q in plaats van X + Y

De aanvullende verzekeringen van het kind van 10 moeten dan ook worden veranderd. Het kind kan dan verzekerd worden voor aanvullende verzekering X + Z of voor aanvullende verzekeringen X + Q

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

(één van de series waarvoor ook één van zijn ouders heeft gekozen).

C.4. BEGIN EN DUUR VAN DE AANVULLENDE VERZEKERING

C.4.1. Begin en duur

“verzekeringsduur”:

U meldt zich bijvoorbeeld aan voor een aanvullende verzekering met een verzekeringsduur van één volledig jaar. Uw aanvullende verzekering gaat in op 1 september 2008. Het (kalender)jaar loopt in dit geval van 1 januari 2009 tot 1 januari 2010. Dat betekent dat u minimaal tot 1 januari 2010 bij ons verzekerd bent. Als wij of u de aanvullende verzekering niet beëindigen, verlengen we de aanvullende verzekering daarna telkens met een jaar. Wij maken u daar jaarlijks op attent in onze polisaanbieding voor het nieuwe jaar.

C.4.2. Bijschrijving van gezinsleden

Voorbeeld

U hebt een aanvullende verzekering met een verzekeringsduur van één jaar. Deze gaat in op 1 januari 2010. In oktober 2010 krijgt u een baby. U schrijft deze baby bij op uw aanvullende verzekering. Op 1 januari 2011 eindigt uw aanvullende verzekering, zowel voor u als voor de baby. Als u uw aanvullende verzekering niet hebt opgezegd, blijft deze doorlopen. Deze wordt verlengd met steeds één jaar. Op 1 januari 2011 gaat de verlenging van een jaar weer in, zowel voor u als voor de baby. U bent allebei tot minimaal 1 januari 2012 bij ons verzekerd.

C.6. WANNEER OPZEGGEN OF WIJZIGEN?

C.6.3.b. Bij verandering van de verzekeringsvoorwaarden of premie

Als de premie verandert doordat u in een andere leeftijdscategorie terechtkomt, dan weet u vooraf al dat u die hogere premie vanaf die leeftijd gaat betalen. Daarom kunt u uw aanvullende zorgverzekering dan niet opzeggen.

“Verandering van de verzekeringsvoorwaarden”:

Wij hebben het recht onze verzekeringsvoorwaarden te veranderen. Zodra wij hebben besloten dat te doen, laten wij u dit schriftelijk weten. Als u het niet eens bent met de verandering, hebt u meestal het recht uw aanvullende verzekering te beëindigen, ook al is de minimale geldigheidsduur of de verlengingsperiode van één jaar nog niet voorbij. Zorgt u er dan voor dat u ons dit schriftelijk laat weten. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gesteld. Wij beëindigen uw aanvullende verzekering dan op het moment dat de verandering ingaat.

C.10. VERGOEDING

C.10.1. Volgorde van vergoeding

- b. een algemene aanvullende verzekering is een aanvullende verzekering, die vergoeding geeft voor vele verschillende soorten zorg;
- c. zoals bijvoorbeeld een aanvullende verzekering voor mondzorg of een andere aanvullende verzekering voor luxeverpleging in een ziekenhuis.

Zodra u dan het maximaal aantal keren of het maximum bedrag hebt bereikt, vergoeden wij die behandeling niet meer binnen de vastgestelde periode.

C.10.2. Maximum vergoeding als u niet voor het hele jaar verzekerd bent

U hebt dus recht op het hele maximum bedrag.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

C.10.4. Doorlopende vergoedingen

- f. In de verklaring van de AWBZ of hoofdverzekering staat informatie over de manier waarop zij de nota hebben afgewikkeld, zoals:
- hoeveel u wel en hoeveel u niet vergoed krijgt voor de behandeling,
 - een verrekening met uw eigen risico,
 - een inhouding in verband met een eigen bijdrage,
 - of de overschrijding van een maximum bedrag of aantal behandelingen.

C.11. ALGEMENE UITSLUITINGEN

C.11.5. Atoomkernreacties

Een voorbeeld van de kosten die wij wel vergoeden, zijn de kosten van bestraling bij kankerpatiënten. Bij deze bestraling zijn atoomkernreacties betrokken. De kosten van deze bestraling vergoeden wij wel, ook al hebben de kosten technisch te maken met atoomkernreacties.

C.12. AFWIJKENDE VOORWAARDEN

C.12.2.a. Niet-zorgverzekering

- 3) Als het gezins eigen risico in de loop van een jaar is teruggebracht tot € 0,00 dan bepalen wij in januari van het jaar daarop opnieuw de hoogte van het gezins eigen risico. U begint dan weer van voren af aan met het afbouwen van het gezins eigen risico.

C.12.2.b. Begin, duur en einde van een aanvullende verzekering

- 11) U kunt uw aanvullende verzekering bijvoorbeeld wijzigen bij zwangerschap, adoptie, scheiding, huwelijk, samen gaan wonen, verlies van werk, overlijden, verhuizing, pensionering of als uw kinderen het huis uit gaan.

=====

HOOFDSTUK D:

BESCHRIJVING ZORG IN AANVULLENDE VERZE- KERINGEN

=====

D.1. MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

D.1.0. Medisch-specialistische zorg algemeen

D.1.0.1. Tarieven

In veel gevallen maken wij met medisch-specialisten en instellingen van medisch-specialistische zorg afspraken tot welke tarieven wij maximaal vergoeden. Die tarieven kunt u bij ons opvragen of bekijken op onze internetsite.

D.1.1. Sterilisatie

D.1.1.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u de sterilisatie uit wil laten voeren door een huisarts moet u vooraf bij ons navragen welke huisarts bevoegd is.

Wees erop bedacht, dat in Nederland tarieven voor sterilisatie erg uiteen kunnen lopen. U loopt daar- door de kans dat u een hoog bedrag zelf moet betalen. Neem daarom vooraf contact met ons op.

Voorschrift

Niet nodig.

Plaats

2) Zowel dagbehandeling als polikliniek.

D.1.2. Ongedaan maken van sterilisatie

D.1.2.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Plaats

2) Zowel dagbehandeling als polikliniek.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.1.3. Correctie van de oorstand (flaporen)

D.1.3.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Plaats

2) Zowel dagbehandeling als polikliniek.

D.1.4. Gezichtsscherptebehandelingen

D.1.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij beschouwen deze ooglaserbehandeling niet als een cosmetische behandeling.

Bij de meeste aanvullende verzekeringen kunnen gezichtsscherptebehandelingen onder dezelfde maximumvergoeding vallen als gezichtshulpmiddelen van de rubriek Hulpmiddelenzorg (artikel D.4.7.).

D.1.4.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

b. Zowel dagbehandeling als polikliniek.

D.1.5. Besnijdenis (circumcisie)

D.1.5.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Een medische noodzakelijke besnijdenis wordt aan ons gemeld door de behandelend medisch-specialist (uroloog). Op basis van deze melding wordt de vergoeding verleend voor een medisch noodzakelijke besnijdenis. Als wij geen melding ontvangen, vergoeden wij op basis van een besnijdenis die plaatsvindt om andere redenen. U moet dan natuurlijk wel verzekerd zijn voor een besnijdenis om andere redenen. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Voorbeelden van de instellingen die wij onder 3) bedoelen zijn vestigingen van Besnijdenis Centrum Nederland, Besnijdenis Kliniek Nederland, Stichting Al Gitaan en Besnijdenis Centrum Amsterdam.

D.1.5.4. Zorgverlener zonder overeenkomst

Het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.1.6. Correctie van bovenoogleden

D.1.6.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Wij verlangen van u dat u bij uw aanvraag voor zorgadvies een recente kleurenfoto doet, waarop de afwijking duidelijk zichtbaar is. Dit hoeft geen professionele foto te zijn. Verder hebben wij een aanvraag nodig van uw behandelend specialist, voorzien van een omschrijving en motivatie van de behandeling.

Wij kunnen nog nadere voorwaarden stellen aan de aanvraag.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

b. Zowel dagbehandeling als polikliniek.

D.1.7. Cosmetische behandelingen

D.1.7.3. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

D.1.7.4. Uitsluitingen

Wij beschouwen een correctie van gezichtsscherpte door middel van ooglaserbehandeling niet als een cosmetische behandeling. Zie artikel D.1.4. voor vergoeding van gezichtsscherpte door ooglaserbehandeling

D.1.8. Behandeling tegen snurken

D.1.8.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

D.1.9. Vervanging van borstprothese

D.1.9.3. Voorwaarden

Algemeen

Als na een borstamputatie een borstprothese is ingebracht en die na verloop van tijd om medische redenen moet worden vervangen, wordt dat uit de hoofdverzekering vergoed.

Zorgadvies en akkoordverklaring

De aanvraag is voorzien van een schriftelijke verklaring van de behandelend medisch-specialist, waaruit de medische noodzaak voor de behandeling blijkt.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.2. PREVENTIE

D.2.1. Preventieve inenting

D.2.1.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

D.2.2. Preventieve onderzoeken

D.2.2.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Voor preventieve onderzoeken is geen voorschrift nodig van een arts of medisch specialist. Het zijn onderzoeken die plaatsvinden omdat u er zelf om vraagt. Daar kunt u uit afleiden dat deze preventieve onderzoeken niet medisch noodzakelijk of aangewezen zijn.

Verwijzing

Niet nodig.

D.2.3. Preventie voor reizen naar buitenland

D.2.3.2. Waar hebt u recht op?

b. 5) een hepatitis B vaccinatie wordt niet vergoed, alleen de combinatie A/B; de Twinrix genaamd.

f. Dit is het zogenaamd "prikpaspoort".

D.2.3.3. Voorwaarden

Algemeen

a. Bijvoorbeeld voor vakantie of zaken.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

D.2.4. Medische screening bij adoptie

D.2.4.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.2.5. Consulten voor vrouwen

D.2.5.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.2.6. Sportmedisch advies

D.2.6.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.2.7. Voedingsadvies

D.2.7.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

- a. De Beroepsvereniging Gewichticonsulenten Nederland (BGN) hebben wij als vereniging van gewichticonsulenten erkend.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.2.8. Gezondheids cursussen en beweegprogramma's

D.2.8.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Nota's worden pas vergoed na afloop van de cursus;
- b. Ter bevestiging hiervan hebt u via internet een voucher (bon) ontvangen en uitgeprint.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Voorschrift

Voor de overige cursussen of programma's niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

g. Het gaat dan om een organisatie die verantwoordelijk is voor (keten)zorg voor chronisch zieken, zoals met bijvoorbeeld de indicatie COPD of Diabetes mellitus.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.2.9. Contributie patiëntenvereniging

D.2.9.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.3. GENEESMIDDELEN

D.3.1. Geneesmiddelen algemeen

Vergoeding in een aanvullende verzekering

In dit schema kunt u zien welke geneesmiddelen zijn opgenomen in een aanvullende verzekering. Of er een vergoeding is opgenomen in uw aanvullende verzekering en hoe hoog die vergoeding is, kunt u zien op uw Vergoedingen Overzicht.

Geneesmiddel	Soort
Eigen bijdrage geneesmiddelen (art. D.3.2.)	
Geneesmiddelen bij erectiestoornissen (art. D.3.3.)	<ul style="list-style-type: none">• Viagra®• Cialis®• Levitra®• Androskat®• Muse®
Geregistreerde antroposofische en homeopathische geneesmiddelen (art. D.7.2.)	
Overige geneesmiddelen (art.D.3.4.)	<ul style="list-style-type: none">• geneesmiddelen niet door de minister aangewezen voor vergoeding• geneesmiddelen die niet voldoen aan extra voorwaarden• niet-rationele geneesmiddelen• bepaalde geregistreerde voedingssupplementen bijvoor-

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

	beeld: Glucosamine en Melatonine.
Preventieve spuiten (art.D.2.1.)	<ul style="list-style-type: none"> • Griepspuit • Meningococcenspuit (hersenvliesontsteking)
Preventieve spuiten voor reizen naar het buitenland (art. D.2.3.)	<ul style="list-style-type: none"> • difterie • tetanus • polio • hepatitis A • hepatitis A/B • hepatitis B • gele koorts • tyfus • tuberculose • meningitis • Japanse encefalitis • tekenencefalitis • rabiës (hondsdolheid) • cholera
Preventieve tabletten voor reizen naar het buitenland (art. D.2.3.)	<ul style="list-style-type: none"> • malaria (tabletten) • tyfus (tabletten)
Anticonceptiemiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • "de pil" • spiraaltje

Geen vergoeding in een aanvullende verzekering

In dit schema kunt u zien welke geneesmiddelen en verzorgingsproducten niet zijn opgenomen in een aanvullende verzekering.

Geneesmiddelen	Soort
Geneesmiddelen die vergoed worden uit de AWBZ of de hoofdverzekering (art.D.3.1.2.a.)	
Geneesmiddelen die door de overheid voor subsidie of overheidsfinanciering in aanmerking komen (art.D.3.1.2.b.)	<ul style="list-style-type: none"> • o.a. spuiten op grond van het rijksvaccinatieprogramma
Geneesmiddelen die onder het ziekenhuisbudget vallen	
Verzorgingsproducten en cosmetische producten (art. D.3.1.2.e. en g.)	<ul style="list-style-type: none"> • zepen • shampoos • badoliën • balsems • lotions • haargroeimiddelen • Vichy, etc.
Voedingssupplementen en -preparaten (art. D.3.1.2.d.)	<ul style="list-style-type: none"> • versterkende middelen • vermageringsmiddelen • vitaminen • vitaminepreparaten
Geneesmiddelen voor onderzoek of ex-	

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

perimenteel gebruik (art. B.23.1.7.f.)	
Geneesmiddelen die wij niet vergoeden vanwege het voorkeurs-/preferentiebeleid dat wij voeren (art D.3.4.)	

D.3.2. Eigen bijdragen geneesmiddelen

D.3.2.1. Omschrijving van de zorg

Voor bepaalde geneesmiddelen krijgt u volgens het GVS een gedeeltelijke vergoeding uit uw hoofdverzekering (Zorgverzekering). Er blijft een bedrag over dat u zelf moet betalen, de eigen bijdrage.

D.3.2.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

D.3.3. Geneesmiddelen bij erectiestoornissen

D.3.3.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

D.3.4. Overige geneesmiddelen

D.3.4.3. Voorwaarden

Algemeen

Het gaat er om dat het middel een RVG nummer heeft. Geneesmiddelen die bewezen werkzaam en veilig zijn en geregistreerd zijn in Nederland krijgen dit nummer. Voorbeelden van deze geneesmiddelen zijn Glucosamine bij gewrichtsklachten en Melatonine voor kinderen met ADHD. Beiden zijn dit de "werkzame stoffen". Of een middel geregistreerd is, kunt u opzoeken op de site www.cbg-meb.nl. Via "Geneesmiddelen voor mensen" kunt u doorlinken naar "Geneesmiddeleninformatiebank".

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

D.3.5. Anticonceptiemiddelen

D.3.5.2. Waar hebt u recht op?

Voorbeelden van anticonceptie geneesmiddelen zijn:

- "de pil";
- de prikpil.

Voorbeelden van anticonceptie hulpmiddelen zijn:

- spiraaltje;
- Nuvaring.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Wanneer u verzekerd bent voor dit artikel, worden de kosten van anticonceptiemiddelen dus volledig vergoed tot een maximaal bedrag. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien hoe hoog dat bedrag is.

De volgende situaties kunnen zich voordoen:

a. U bent jonger dan 18 jaar:

1. In dat geval hebt u vanuit de hoofdverzekering recht op vergoeding van anticonceptiemiddelen.
2. Omdat u nog geen 18 bent, hebt u geen eigen risico.
3. Er kan wel een eigen bijdrage van toepassing zijn op het anticonceptie geneesmiddel dat u voorgeschreven krijgt.

U betaalt dus alleen de eigen bijdrage. Als u verzekerd bent voor artikel D.3.2. Eigen bijdrage geneesmiddelen, dan krijgt u de eigen bijdrage vergoed, als de maximale vergoeding hiervoor nog niet opgebruikt is. Op uw Vergoeding Overzicht kunt u zien of u hiervoor verzekerd bent.

b. U bent 18, 19 of 20 jaar:

1. In dat geval hebt u vanuit de hoofdverzekering recht op vergoeding van anticonceptiemiddelen.
2. U bent 18 jaar of ouder dus u hebt wel een verplicht eigen risico en eventueel ook een vrijwillig gekozen eigen risico.
3. Er kan ook een eigen bijdrage van toepassing zijn op het anticonceptie geneesmiddel dat u voorgeschreven krijgt.

Als er nog een eigen risico open staat, dan worden de kosten van het anticonceptiemiddel eerst verrekend met uw eigen risico, behalve als uw eigen risico is herverzekerd in uw collectieve aanvullende verzekering. U kunt op uw Vergoedingen Overzicht zien of dat zo is.

U betaalt ook de eigen bijdrage, behalve als u verzekerd bent voor artikel D.3.2. Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of dat zo is.

Voorbeeld:

U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding opgenomen is voor de eigen bijdrage geneesmiddelen. Er is geen vergoeding in uw aanvullende verzekering opgenomen voor vergoeding uw eigen risico.

Uw anticonceptiemiddel kost € 10,- waarvan een eigen bijdrage van € 3,-. U hebt dan recht op vergoeding van € 7,- uit uw hoofdverzekering, maar u hebt nog eigen risico openstaan. Er wordt daarom € 7,- in mindering gebracht op uw eigen risico. Dat betaalt u dus zelf, want uw eigen risico is niet herverzekerd in uw aanvullende verzekering.

U betaalt € 3,- aan eigen bijdrage. Deze wordt vergoed uit uw aanvullende verzekering, artikel D.3.2. als de maximale jaarvergoeding hiervoor nog niet is opgebruikt.

c. U bent 21 jaar of ouder:

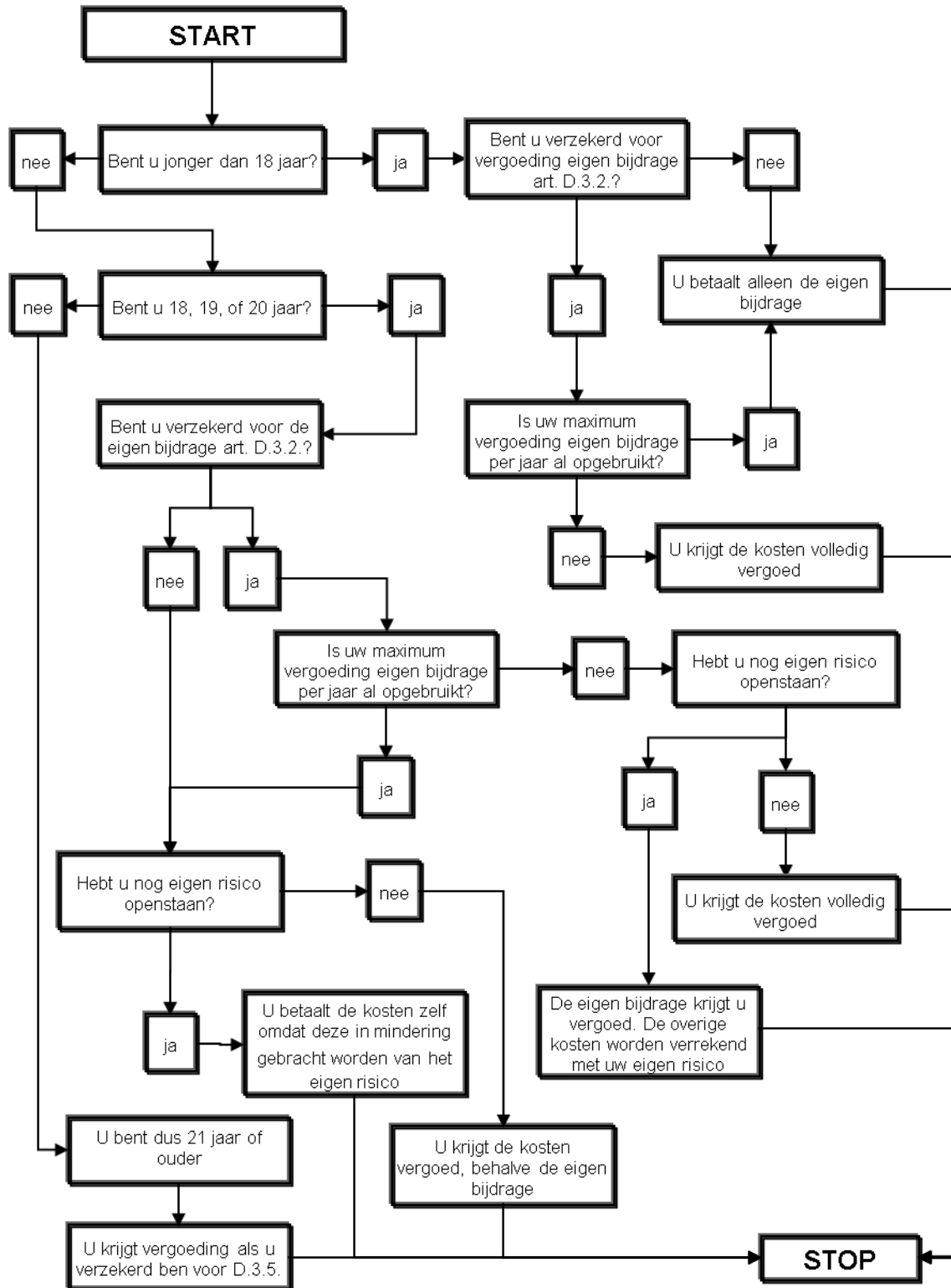
1. In dat geval hebt u vanuit de hoofdverzekering geen recht op vergoeding van anticonceptiemiddelen.
2. Het eigen risico is niet van toepassing, omdat de kosten niet worden vergoed uit de hoofdverzekering. Er wordt dus niets verrekend met uw eigen risico.
3. Omdat u geen recht hebt op vergoeding vanuit de hoofdverzekering, is er ook geen sprake van een eigen bijdrage zoals bedoeld in artikel D.3.2.; u krijgt een nota voor het gehele bedrag.

Deze nota krijgt u vergoed uit uw aanvullende verzekering als u verzekerd bent voor dit artikel (D.3.5.). Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of dat zo is.

In het volgende schema zijn de beschreven situaties zichtbaar gemaakt en kunt u nagaan wat voor u van toepassing is.

Wanneer in het schema staat dat de kosten volledig worden vergoed, is dat altijd totaan een eventuele maximale jaarvergoeding.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen



Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.4. HULPMIDDELENZORG

D.4.1. Hulpmiddelenzorg algemeen

D.4.1.3. Voorwaarden

Algemeen

- b. Hulpmiddelen die buiten de Regeling zorgverzekering vallen en waarvoor u op grond van de hoofdverzekering geen vergoeding krijgt.

Leverancier

Dit kan per hulpmiddel anders zijn.

D.4.6. Plaswekker

D.4.6.2. Waar hebt u recht op?

De bijbehorende broekjes worden alleen vergoed bij de eerste aanschaf of huur; wij gaan uit van maximaal 3 broekjes.

D.4.6.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.7. Gezichtshulpmiddelen

D.4.7.2. Waar hebt u recht op?

Als u een gezichtshulpmiddel vergoed hebt gekregen uit uw hoofdverzekering, maar er geldt nog een eigen bijdrage, dan kan deze eigen bijdrage worden vergoed vanuit dit artikel.

Als een periode hele kalenderjaren omvat, begint de periode met het jaar waarin u voor de eerste keer een gezichtshulpmiddel ontvangt en de definitieve nota (niet een eerdere voorschotnota!!!) hiervoor betaalt of waarin u de eerste medisch-specialistische zorg voor de gezichtsscherptebehandeling krijgt die onder de vergoeding van de aanvullende verzekering valt.

Als een periode een aantal maanden omvat, begint bovenstaande periode op de 1^e van de maand van aanschaf.

Als u gedurende een periode uw aanvullende verzekering wijzigt naar een andere aanvullende verzekering waarin u ook recht hebt op een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen en/of medisch-specialistische zorg voor de gezichtsscherptebehandeling, telt de verleende vergoeding op grond van uw oude aanvullende verzekering mee onder uw nieuwe aanvullende verzekering. Zie hiervoor artikel C.10.3. van de Verzekeringsvoorwaarden.

Voorbeeld 1 bij een periode van hele kalenderjaren

Stel: u hebt vanaf 1 januari 2010 een aanvullende verzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 100,- binnen een periode van 2 jaren.

U bestelt een bril, waarvan de brillenglazen in totaal € 230,- kosten. Deze haalt u op en betaalt u op 7 juni 2010. U dient de nota bij ons in. De periode waarin de vergoeding plaatsvindt, loopt van 1 januari 2010 tot 1 januari 2012. Wij betalen u € 100,-. Voor uw rekening blijft dus € 130,-. Bijna anderhalf jaar later (eind 2011) laat u zich nieuwe glazen aanmeten. Deze kosten € 275,- en die haalt u op 15 november 2011 op. Omdat u in de periode van 2 jaar (lopend van 1 januari 2010 tot 1 januari 2012) van

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

ons al een nota voor brillenglazen vergoed hebt gekregen (namelijk de nota van de aflevering op 7 juni 2010), vergoeden wij deze nota van € 275,- niet.

Voorbeeld 2 bij een periode van hele kalenderjaren

Stel: u hebt al vanaf 1 januari 2003 een aanvullende verzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 200,- in twee jaren. U hebt nog nooit een nota voor brillenglazen en contactlenzen bij ons ingediend tot 25 juli 2009. Op die datum koopt u contactlenzen voor € 310,-. U krijgt hiervoor € 200,- vergoed. Sinds 1 januari 2003 zijn er al meer dan 6 jaren verstreken zonder dat u een nota bij ons hebt ingediend. Maar het is dan niet zo dat u dan nog recht hebt op driemaal de maximumvergoeding van € 200,-. Er geldt namelijk geen spaarsysteem. De eerste periode van 2 jaren gaat voor u in dit geval dus in op 1 januari 2010.

Voorbeeld 3 bij een periode van hele kalenderjaren

Stel: u hebt vanaf 1 januari 2009 een aanvullende verzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 100,- binnen een periode van 2 jaren. Dat bedrag hebt u in 2009 helemaal opgemaakt. U kiest vanaf 1 januari 2010 een andere aanvullende verzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 200,- binnen een periode van 2 jaren. In 2010 koopt u nieuwe brillenglazen voor € 250,-. U krijgt in dat geval niet € 200,- vergoed maar € 100,-. Uw vergoeding uit uw eerste aanvullende verzekering (€ 100,-) gaat af van het maximum vergoedingsbedrag van uw nieuwe aanvullende verzekering (€ 200,-).

Bovenstaande voorbeelden gelden ook wanneer een periode geen kalenderjaren maar een aantal maanden omvat. Verschil is echter dat bijvoorbeeld bij een aanvullende verzekering waarin wij brillenglazen en contactlenzen vergoeden voor maximaal € 200,- in 24 maanden, de volgende situatie ontstaat:

Bij bijvoorbeeld aankoop van een bril op 7 juni 2010, loopt de periode waarin de vergoeding plaatsvindt, van 1 juni 2010 tot en met 31 mei 2012. U hebt dan vanaf 1 juni 2012 weer opnieuw recht op de vergoeding van € 200,-.

D.4.7.3. Voorwaarden

Algemeen

d. Dit betekent dat op de nota moet staan wat de sterkte van het gezichtshulpmiddel is en voor welke verzekerde het betreffende gezichtshulpmiddel bestemd is.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig als het gaat om een gezichtshulpmiddel waarbij alleen recht op vergoeding is uit een aanvullende verzekering. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig als het gaat om een gezichtshulpmiddel waarbij alleen recht op vergoeding is uit een aanvullende verzekering.

Verwijzing

Niet nodig als het gaat om een gezichtshulpmiddel waarbij alleen recht op vergoeding is uit een aanvullende verzekering.

D.4.7.4. Uitsluitingen

- b. zoals bijvoorbeeld lenzenvloeistof, brillenkokers of brillenkoordjes;
- c. die betrekking hebben op gezichtshulpmiddelen;
- d. zoals bijvoorbeeld zonnebrillen of contactlenzen op kleur;
- f. zoals bijvoorbeeld aanmeetkosten, administratiekosten of verzendkosten.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.4.8. Steunzolen

D.4.8.2. Waar hebt u recht op?

Het maximum bedrag dat hier genoemd staat, geldt voor steunzolen én hulpmiddelen voetbehandeling (zie artikel D.4.9.) samen.

D.4.8.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.9. Hulpmiddelen voetbehandeling

D.4.9.2. Waar hebt u recht op?

Het maximum bedrag dat hier genoemd staat, geldt voor hulpmiddelen voetbehandeling én steunzolen (zie artikel D.4.8.) samen.

Hulpmiddelen voetbehandeling zijn bijvoorbeeld zooltjes, tape, drukverband, nagelprotheses en nagelbeugels.

D.4.9.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.11. ADL-Hulpmiddelen

D.4.11.2. Waar hebt u recht op?

Denk bijvoorbeeld aan aangepast bestek, een kousenuittrekker, aankleedstokjes, een leesstandaard of een zogenaamde helping hand.

D.4.11.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

In dit voorschrift worden de voorgeschreven middelen genoemd.

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.12. Verzorgingsartikelen

D.4.12.3. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.13. Huur hulpmiddelen

D.4.13.3. Voorwaarden

Algemeen

b. Bijvoorbeeld bij een terminale situatie.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.4.14. Steunpessarium

D.4.14.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.15. Teststrips diabetespatiënten

D.4.15.3. Voorwaarden

Algemeen

- b. Ter bevestiging hiervan hebt u via Internet een voucher (bon) ontvangen en uitgeprint;
- c. U dient de nota van het diabetestestmateriaal, samen met de voucher (zie toelichting), bij ons in direct na afloop van het jaar waarin u deze hebt aangeschaft;

Als u een half jaar de digitale diabetespas gebruikt, verschijnt er automatisch een pop-up in uw beeldscherm met een voucher. U print een tweedelige voucher. Het ene deel gebruikt u voor de aanschaf van het testmateriaal. Het andere deel stuurt u naar ons op om uw vergoeding aan te vragen. Het adres staat op de voucher. Voeg tevens uw nota's voor teststrips bij. Wij storten het te vergoeden bedrag op uw rekening.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.16. Persoonsalarmering

D.4.16.2. Waar hebt u recht op?

Bij bruikleen en huur wordt u geen eigenaar maar moet u na de afgesproken periode dit hulpmiddel teruggeven.

D.4.17. Condooms

D.4.17.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

D.4.18. Braces en bandages

D.4.18.3. Voorwaarden

Voorschrift

U stuurt dit voorschrift samen met uw nota aan ons op.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

D.5. PARAMEDISCHE ZORG

D.5.1. Fysiotherapie en oefentherapie cesar / mensendieck

D.5.1.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Niet nodig.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

- een psychosomatisch fysiotherapeut verleent psychosomatische fysiotherapie;
- een psychosomatisch oefentherapeut verleent psychosomatische oefentherapie.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.5.3. Instructie mantelzorgers

D.5.3.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Plaats

De verzekerde die de ergotherapie ondergaat hoeft niet bij de instructie aanwezig te zijn.

D.6. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

D.6.1. Herstel & Balans

D.6.1.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.6.3. Inloophuizen

D.6.3.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

“Kwaliteit inloophuizen”

Wij beoordelen of de psychologische zorg die inloophuizen voor kankerpatiënten leveren van voldoende kwaliteit is en registreren dat. De lijst met deze instellingen kan dus variëren, ook door het jaar heen. Neemt u daarom vooraf contact met ons op.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.6.4. Lichttherapie tegen winterdepressie

D.6.4.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

Leverancier

Geen voorwaarden.

D.6.5. Traumazorg bij schokkende arbeidsgelateerde gebeurtenissen

D.6.5.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Nota's van andere zorgverleners worden niet vergoed.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.7. ALTERNATIEVE ZORG

D.7.1. Alternatieve Behandelingen

D.7.1.2. Waar hebt u recht op?

Bij de vergoeding kunnen wij hanteren:

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

- a. een maximum bedrag per jaar;
- b. een maximum bedrag per behandeldag. Het maximum bedrag per behandeldag geldt voor alle gedeclareerde behandelingen die u in totaal op één behandeldag ondergaat, ongeacht de naam, het aantal en de vorm ervan.

Als één of beide maximum bedragen gelden, staan deze vermeld op uw Vergoedingen Overzicht.

“Maximum bedrag per jaar en per behandeldag”

Stel: U hebt een aanvullende verzekering A. U hebt last van migraine en gaat hiervoor acht keer naar een acupuncturist. Deze rekent € 50,- per behandeling. U wilt weten wat u hiervan vergoed krijgt en kijkt op het Vergoedingen Overzicht in de rubriek Alternatief naar Alternatieve behandelingen. Daar ziet u bijvoorbeeld dat wij:

- maximaal € 400,- per jaar vergoeden én
- maximaal € 35,- per behandeldag vergoeden.

Uw eigen bijdrage is in dit geval € 15,- per behandeling. Namelijk € 50,- minus € 35,- is € 15,-. Als u twaalf keer (namelijk 12 keer € 35,-) naar deze acupuncturist bent geweest, hebt u uw maximum vergoeding van € 400,- voor alternatieve behandelingen voor dat jaar opgebruikt. Wij vergoeden uw alternatieve behandelingen pas weer in het volgende jaar.

D.7.1.3. Voorwaarden

Zorgadvies en Akkoordverklaring

Niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Voor alternatieve behandelingen niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

- a. Dit mag ook een arts zijn die geen huisarts of medisch specialist is.

Er zijn veel verschillende vormen van alternatieve behandelingen. Zo kunt u behandeld worden door acupuncturisten, homeopaten, natuurgenezers, osteopaten, enzovoorts. De zorgverlener moet arts zijn óf lid zijn van een beroepsvereniging die naar ons oordeel de kwaliteit van haar leden op een goede wijze controleert en hen goed begeleidt. Als uw alternatieve therapeut voldoet aan die voorwaarden, vallen de kosten onder de vergoeding. U kunt bij ons informeren of de zorgverlener die u wilt raadplegen, erkend is. Neem daarvoor contact op met ons of kijk op onze internetsite.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.7.2. Alternatieve Geneesmiddelen

D.7.2.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.8. MONDZORG

D.8.1. Mondzorg algemeen

D.8.1.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

D.8.2. Kronen, bruggen en inlays

D.8.2.2. Waar hebt u recht op?

Een tandarts declareert de kosten met een code volgens de tarievenlijst voor tandartsen die begint met de letter 'R' (dit zijn kronen, bruggen en inlays).

D.8.3. Gebitsprotheses

D.8.3.2. Waar hebt u recht op?

- Een tandarts declareert de kosten met een code volgens de tarievenlijst voor tandartsen die begint met de letter 'P' of 'J';
- Een tandprotheticus declareert de kosten met een specificatie die overeenkomt met een code volgens de tarievenlijst voor tandartsen die begint met de letter 'P' of 'J'.

D.8.4. Overige mondzorg

D.8.4.2. Waar hebt u recht op?

Een tandarts declareert de kosten met een code volgens de tarievenlijst voor tandartsen die begint met een andere letter dan 'R', 'P' of 'J'.

D.8.5. Orthodontie (gebitsregulatie)

D.8.5.2. Waar hebt u recht op?

c. Maximum bedrag en groeivergoeding

De maximale vergoeding groeit op 1 januari met een vast bedrag dat op uw Vergoedingen Overzicht staat. Daar staat ook het maximaal aantal opeenvolgende jaren dat de maximale vergoeding groeit.

Stel: u hebt voor uzelf en uw dochter van 10 jaar bij ons een aanvullende verzekering gesloten die de groei-vergoeding voor orthodontie kent. Die aanvullende verzekering is op 1 januari 2009 ingegaan. Op dat moment is de maximale vergoeding voor orthodontie € 1.000,- voor uw dochter.

Op 1 januari 2010 groeit de vergoeding voor de eerste keer met € 500,- en krijgt u voor uw dochter in 2010 in totaal € 1.500,- vergoed. Uw dochter krijgt een beugel en op 17 mei 2010 ontvangt u een nota van € 1.150,-. Omdat u recht hebt op vergoeding van € 1.500,- vergoeden wij deze nota helemaal. Er blijft in totaal nog € 350,- over. Op 1 januari 2011 groeit deze overblijvende vergoeding voor de tweede keer met € 500,- tot in totaal € 850,-. Op 3 april 2011 ontvangt u voor de orthodontie van uw dochter nog een nota; deze bedraagt € 925,-. Wij vergoeden daarvan € 850,- en er blijft € 75,- voor uw rekening over. Op 1 januari 2012 groeit de vergoeding van orthodontie voor de derde en laatste maal met € 500,-. Uit 2011 was er niets over, dus de maximale vergoeding bedraagt nu € 500,-. Deze

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

€ 500,- kunt u nog vergoed krijgen in 2012 of in de jaren hierna zolang u deze aanvullende verzekering hebt afgesloten.

D.8.5.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Een tandarts declareert de kosten met een code volgens de tarievenlijst voor tandartsen;
- b. Een orthodontist declareert de kosten met een specificatie die overeenkomt met een code volgens de tarievenlijst voor tandartsen.

D.9. KUURBEHANDELING

D.9.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Als het voorschrift of de aanvraag niet van uw reumatoloog afkomstig is, dan sturen wij u een aanvraagformulier Kuurbehandeling. Wij sturen dit formulier ook op als de reumatoloog geen duidelijke medische indicatie heeft vermeld op de aanvraag. Dit formulier moet dan door uw behandelend reumatoloog worden ingevuld en naar ons terug worden gestuurd.

Verwijzing

Niet nodig.

D.10. HUIDTHERAPIEËN

D.10.1. UV-B lichtapparatuur

D.10.1.2. Waar hebt u recht op?

De aanschafprijs van UV-B apparatuur ligt vaak veel hoger dan de vergoeding die u maximaal van ons krijgt. In dat geval kunnen wij van de maximum vergoeding afwijken. Stel: U hebt een Aanvullende verzekering B. U wilt voor € 5.000,- lichtapparatuur aanschaffen. Dat bedrag is vele malen hoger dan het maximumbedrag dat wij u volgens het Vergoedingen Overzicht vergoeden. In dat geval kunnen wij bijvoorbeeld met u afspreken dat wij het maximumbedrag uit het Vergoedingen Overzicht verdrievoudigen onder de voorwaarde dat u de komende drie jaar geen vergoeding voor deze behandeling meer krijgt.

D.10.1.3. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Leverancier

Geen voorwaarden.

D.10.2. Ontharing

Deze behandeling komt alleen voor vergoeding in aanmerking als de haargroei naar de begrippen van de Nederlandse maatschappij opmerkelijk is en bovendien bij normale kleding naar Nederlandse maatstaven zichtbaar is. Daarom blijft deze vergoeding ook beperkt tot vrouwen.

D.10.2.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Plaats

Geen voorwaarden.

D.10.3. Acnebehandeling

D.10.3.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.10.4. Camouflagetherapie

D.10.4.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

Voorschrift

Bijvoorbeeld een huidarts of gynaecoloog.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.11. ZWANGERSCHAP, BEVALLING EN KRAAMZORG

D.11.1. Verloskundige zorg en kraamzorg algemeen

D.11.1.4. Voorwaarden voor kraamzorg

Verwijzing

Niet nodig.

Voorschrift

Niet nodig.

D.11.2. Eigen bijdragen

D.11.2.1. Omschrijving van de zorg

b. De zogenoemde "open" verloskamer.

D.11.2.2. Waar hebt u recht op?

b. De zogenoemde "open" verloskamer.

Dat doen wij tot een bepaald maximumbedrag. Als dit bedrag is bereikt, dan zijn de verdere kosten voor uw rekening.

D.11.3. Kraamzorguitkering

D.11.3.2. Waar hebt u recht op?

Hier kunt u voor kiezen in plaats van kraamzorg.

a. Wij verminderen uw kraamzorguitkering in dat geval niet;

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.11.3.3. Voorwaarden

Algemeen

b. U kiest dus voor een vergoeding van de kraamzorg en de eigen bijdragen óf voor een kraamzorguitkering. U kunt dit doen via onze afdeling Kraamzorgservice.

Als u kraamzorg krijgt of als wij de kosten en/of eigen bijdragen van de kraamzorg vergoeden, krijgt u geen kraamzorguitkering en andersom.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Voorschrift

Niet nodig.

Zorgverlener

Niet van toepassing.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.11.4. Extra kraamzorg

D.11.4.2. Waar hebt u recht op?

Wij spreken met u een aantal extra uren kraamzorg af.

D.11.5. Couveuse nazorg

D.11.5.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

D.11.6. Kraamzorg na ziekenhuisopname

D.11.6.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

D.11.7. Reiskosten gezonde moeder

D.11.7.2. Waar hebt u recht op?

U (de moeder) mag er ook voor kiezen om deels opgenomen te worden en deels te reizen. Neemt u voor nadere afspraken daarover contact met ons op.

Als uw kind is opgenomen in een ziekenhuis, kunt u daar ook opgenomen worden. Uw ziekenhuisopname – en uiteraard ook die van uw kind – krijgt u vergoed uit de hoofdverzekering. Maar u bent zelf niet ziek en misschien kiest u ervoor om niet opgenomen te worden maar op en neer te reizen naar uw kind in het ziekenhuis. Vandaar deze alternatieve vergoeding.

D.11.7.3. Voorwaarden

Algemeen

a. Uw kind hoeft niet bij ons verzekerd te zijn.

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Zorgverlener

Geen voorwaarden.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.11.8. Kraamzorg bij adoptie

D.11.8.2. Waar hebt u recht op?

De kraamzorg omvat ook instructie aan de ouder.

D.11.9. Lactatiekundige zorg

D.11.9.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.11.10. TENS bij bevalling

D.11.10.1. Omschrijving van de zorg

Dit apparaat beïnvloedt de pijnprikkels die het lichaam naar de hersenen stuurt, waardoor de intensiteit van de pijn minder wordt.

D.11.10.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Wij laten u per brief weten of wij een akkoordverklaring geven.

Verwijzing

Niet nodig.

Leverancier

Geen voorwaarden.

D.11.10.4. Uitsluitingen

Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de kosten van energieverbruik, accu's en batterijen.

D.11.11. Prenatale screening

Onder prenatale screening verstaan wij onder andere:

- a. één combinatietest om het syndroom van Down op te sporen. De combinatietest bestaat uit een nekplooiemeting (ook wel: NT-meting);
- b. een bijbehorende kansbepalende bloedtest;
- c. een vruchtwaterpunctie;
- d. een geavanceerd ultrageluid;
- e. een prenatale genotypering.

D.11.11.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Bent u 36 jaar of ouder of is bij u een prenatale screening medisch noodzakelijk, dan worden de kosten van een prenatale screening vergoed uit uw hoofdverzekering;

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

D.12. OVERIGE THERAPIEËN

D.12.1. Stottertherapie

D.12.1.1. Omschrijving van de zorg

a. in individueel- of in groepsverband

D.12.1.3. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Geen voorwaarden.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.12.2. Obesitas behandeling

D.12.2.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen. Wij kunnen u verwijzen naar een behandelcentrum waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Geen voorwaarden.

Plaats

Dit zijn bijvoorbeeld: Viecurie Vitaal in Venlo en de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK) in Hilversum. De NOK heeft ook vestigingen in Eindhoven en Den Haag.

D.12.3. Algemene voetbehandeling

D.12.3.1. Omschrijving van de zorg

Ook wel genoemd: podologie en podotherapie.

D.12.3.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Plaats

Geen speciale voorwaarden.

D.12.3.4. Uitsluitingen

- a. Steunzolen vergoeden wij onder artikel D.4.8.
- b. Hulpmiddelen voetbehandeling vergoeden wij onder artikel D.4.9.
- c. Behandelingen door een podotherapeut bij reumatoïde artritis of ernstige bloedvatproblemen in de benen vergoeden wij onder artikel D.12.4.

Uiteraard moet u dan wel een aanvullende verzekering hebben waarin deze behandelingen en middelen verzekerd zijn.

D.12.4. Voetbehandeling in bijzondere gevallen

D.12.4.1. Omschrijving van de zorg

Ook wel genoemd: podotherapie.

D.12.4.2. Waar hebt u recht op?

Ook wel genoemd: podotherapie.

D.12.4.3. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.12.4.4. Uitsluitingen

- a. Steunzolen vergoeden wij onder artikel D.4.8.
- b. Hulpmiddelen voetbehandeling vergoeden wij onder artikel D.4.9.

Uiteraard moet u dan wel een aanvullende verzekering hebben waarin deze behandelingen en middelen verzekerd zijn.

D.12.5. Pedicurebehandeling in bijzondere gevallen

D.12.5.3. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.12.5.4. Uitsluitingen

Hulpmiddelen voetbehandeling vergoeden wij onder artikel D.4.9.

Uiteraard moet u dan wel een aanvullende verzekering hebben waarin deze behandelingen en middelen verzekerd zijn.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden

Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.13. VERBLIJF EN VERVOER

D.13.1. Therapeutisch kamp

D.13.1.1. Omschrijving van de zorg

Dit kan een vakantiecamp zijn.

D.13.1.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Geen voorwaarden.

Het Nederlands Astma Fonds, de Diabetesvereniging Nederland en de Nederlandse Diabetes Federatie zijn voorbeelden van instellingen die wij erkend hebben.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.2. Logeerkosten

D.13.2.1. Omschrijving van de zorg

b. Dit is een gezinsvervangend (te)huis voor kinderen met een levensbedreigende ziekte;

“Verblijf in logeershuis”

Bij verblijf in een logeershuis is er bijvoorbeeld sprake van een zeer ingrijpende behandeling zoals een behandeling voor kanker of een orgaantransplantatie. De patiënt is vaak een kind maar het kan ook een volwassene zijn. Zo kan een kind de behoefte hebben om één of beide ouders in de directe omgeving te hebben. Een volwassene kan graag zijn partner bij zich willen hebben.

“Verblijf in een logeershuis door de patiënt of door bezoek”

Als sprake is van bijvoorbeeld een zeer ingrijpende behandeling zoals een behandeling voor kanker of een orgaantransplantatie, kan de patiënt opgenomen en verpleegd worden in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis). Hij kan ook in een korte tijd meermalen poliklinisch behandeld worden zonder dat opname en verpleging nodig zijn. Is de patiënt opgenomen, dan mag de partner of één of beide ouders in het logeershuis verblijven. Krijgt de patiënt een poliklinische behandeling, dan mag ook hij gebruik maken van het logeershuis. Zolang maar in totaal één kamer in het logeershuis wordt gebruikt.

D.13.2.3. Voorwaarden

Algemeen

a. De logé hoeft niet bij ons verzekerd te zijn.

De logeerkosten vergoeden wij uit de aanvullende verzekering van degene die behandeld wordt. Is deze niet verzekerd voor logeerkosten, maar de logé wel, dan vergoeden wij logeerkosten uit de aanvullende verzekering van de logé. Degene die is opgenomen moet wel ten minste een verzekering bij ons hebben. Het maakt niet uit wat voor verzekering dat is.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.13.2.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Bijvoorbeeld een Ronald McDonald Huis, een Mappa Mondo huis of kinderspice.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.3. Ziekenhuisverpleging in een hogere klasse

D.13.3.2. Waar hebt u recht op?

Dit heet ook wel klassentoeslag. Het tarief van de laagste klasse (meestal is dat 3^e klasse) wordt vergoed uit de hoofdverzekering.

Als u verzekerd bent voor klasse 2/2B of 2A en u wordt verpleegd in de 1^e of 2^e klasse in een instelling die maar één 2^e klasse heeft, vergoeden wij ziekenhuisverpleging volgens het tarief van die 2^e klasse.

D.13.3.3. Voorwaarden

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.3.4. Uitsluitingen

- c. Dat is het geval bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis.

D.13.4. Liggelduitkering / compensatie / bijkomende kosten bij ziekenhuisopname

D.13.4.2. Waar hebt u recht op?

- a. Dat kunt u naar eigen wens besteden aan bijvoorbeeld huur van televisie, telefoon, internet en radio.
- c. Vanuit dit luxe arrangement ontvangt u bijvoorbeeld luxe, zelf samengestelde maaltijden, frisdrank, koffie en thee, krant, TV en telefoon.
- e. Vergoed worden de kosten van openbaar vervoer 2e klasse, of eigen vervoer op basis van gereden kilometers via de kortst mogelijke route.

Stel, u hebt een aanvullende verzekering die recht geeft op een liggelduitkering van € 50,- voor maximaal 5 dagen per kalenderjaar. Als er sprake is van een ziekenhuisopname op bijvoorbeeld 5 juni en een ontslagdatum van 12 juni dan bent u 8 dagen opgenomen geweest. U krijgt in dat geval € 50,- per dag en maximaal 5 dagen is in totaal € 250,- als "liggeld" uitgekeerd. Voor de rest van dat kalenderjaar is uw maximale vergoeding opgebruikt.

Maar wordt u opgenomen op 28 december 2011 en u wordt ontslagen op 6 januari 2012 dan bent u 10 dagen opgenomen geweest (4 dagen in december en 6 dagen in januari). U krijgt in dat geval € 50,- per dag, maximaal 5 dagen in 2011 en € 50,- per dag, maximaal 5 dagen in 2012. Voor de opnamedagen in 2011 krijgt u dus 4 x € 50,- = € 200,- en voor de opnamedagen in 2012 krijgt u dus 5 x € 50,- = € 250,- is in totaal € 450,- als "liggeld" uitgekeerd. U hebt namelijk het jaarmaximum van het

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

eerste jaar niet "opgebruikt", maar die ene dag die u over hebt uit 2011 mag u niet mee overnemen naar 2012. Wordt u in het tweede jaar opnieuw opgenomen dan hebt u weer recht op maximaal 5 dagen liggelduitkering.

D.13.4.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Niet van toepassing.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.4.4. Uitsluitingen

- a. Dat is het geval bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis;

D.13.5. Zittend ziekenvervoer

D.13.5.1. Omschrijving van de zorg

In bepaalde gevallen vergoedt uw hoofdverzekering het zittend ziekenvervoer van en naar een zorgverlener per huurauto, eigen auto of taxi gedeeltelijk. U betaalt hieraan per jaar zelf een bedrag (de eigen bijdrage). De hoogte van dit bedrag is wettelijk vastgesteld. Daarnaast geldt een maximum vergoeding per gereden kilometer. Hogere kosten betaalt u zelf. In andere gevallen vergoedt de hoofdverzekering niets en betaalt u zelf alle kosten. Zie voor de vergoeding artikel B.25.2.

D.13.5.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Bij de berekening van de afstand gaan wij uit van de snelste route volgens de routeplanner Routenet.

Verwijzing

Niet nodig.

D.13.6. Herstellingsoord

D.13.6.3. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.7. Eigen bijdrage hospice

D.13.7.2. Waar hebt u recht op?

Het gaat om de bijdrage die het hospice zelf in rekening brengt en niet de eigen bijdrage vanuit de AWBZ. De nota van het hospice kan een bijdrage zijn waarin bijvoorbeeld de kosten in verband met maaltijden, huur van telefoon en tv, aansluiting voor internet, etc zijn inbegrepen.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

D.13.7.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Geen voorwaarden.

D.13.8. Ondersteuning thuissituatie

D.13.8.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Wij bemiddelen als u professionele ondersteuning nodig hebt.

Deze ondersteuning kan diensten betreffen zoals een nanny-service, een hondenuitlaatservice of een hulp voor onvermijdelijke huishoudelijke werkzaamheden.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Vrijwilligers en mantelzorgers worden niet vergoed.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.9. Kinderopvang

D.13.9.3. Voorwaarden

Algemeen

- a. Het gaat dus om het kind / de kinderen van (een van) de verzorgende ouders;
- d. Welke dag dat is staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.10. ZorgTV

D.13.10.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Geen voorwaarden.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.11. Reiskosten ouders

D.13.11.3. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Zorgverlener

Geen voorwaarden.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.13.12. Bezoekkosten

D.13.12.2. Waar hebt u recht op?

Zorgadvies en akkoordverklaring

Toelichting "Zorgadvies aanvragen voor opname in België of Duitsland"

Als u in Nederland woont en in België of Duitsland in een instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) behandeld wilt worden, moet u dat vooraf bij ons aanvragen. Wij geven een akkoordverklaring als wij bijvoorbeeld met die instelling voor medisch-specialistische zorg (ziekenhuis) een afspraak over de behandelprijs hebben gemaakt. Het gaat dan om de kosten die uit de hoofdverzekering kunnen worden vergoed.

D.14. BUITENLAND ZORG

D.14.1. Spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland

D.14.1.2. Waar hebt u recht op?

- a. De voorwaarden, uitsluitingen, eigen bijdragen, eigen risico, etc. die gelden voor de vergoeding voor de zorg in Nederland of uw woonland, zijn dus ook van toepassing als u de kosten van de zorg in het buitenland maakt.
- c. Repatriëring beschouwen wij als een bepaalde vorm van ziekenvervoer. In artikel A.1. Begripsomschrijvingen staan onder "repatriëring" en "ziekenvervoer" de eisen die wij aan dit vervoer stellen;
- i. Dit is de zogenaamde "reisarts".

Wij adviseren u om voor uw tijdelijke verblijf in het buitenland ook een reisverzekering af te sluiten. Bijvoorbeeld voor uw bagage maar ook omdat repatriëring in veel gevallen niet onder de verzekeringsvoorwaarden van uw (aanvullende) zorgverzekering valt.

Toelichting Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen

Voorbeelden

Wanneer u met de gipsvlucht terug naar Nederland moet worden gebracht, vallen deze kosten niet onder de (aanvullende) zorgverzekering. U kunt deze kosten wel verzekeren via een reisverzekering.

Het terug brengen van een overledene valt in de meeste gevallen ook niet onder de (aanvullende) zorgverzekering. Daarvoor is alleen in een paar heel uitgebreide aanvullende verzekeringen een vergoeding opgenomen. Een reisverzekering dekt deze kosten wel.

D.14.1.3. Voorwaarden

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

D.14.2. Niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in buitenland

D.14.2.3. Voorwaarden

Algemeen

a. Het moet dus zorg betreffen, die ook zou zijn vergoed als die in Nederland of uw woonland zou hebben plaatsgevonden;

Zorgadvies en akkoordverklaring

Deze zijn niet nodig. Als u twijfelt over de vergoeding raden wij u aan vooraf een zorgadvies bij ons aan te vragen.

Voorschrift

Niet nodig.

Verwijzing

Niet nodig.

Plaats

Geen voorwaarden.

575.746.001.001.1050

