

Voorwaarden Ziektekosten basisverzekering

1 januari 2013

 Ziektekostenverzekering
fbto.nl

FBTO

Inhoudsopgave

Contact	P.3
Hoe te handelen	P.4
Algemene voorwaarden	P.18
H1 Begripsomschrijvingen	P.19
H2 Grondslag van de verzekering	P.28
H3 Productvoorwaarden Ziektekostenverzekering	P.46
H4 Geneeskundige zorg	P.47
H5 Overige medisch-specialistische zorg	P.57
H6 Premiebijlage	P.83

Contact

Telefoon:

De afdeling Ziektekosten is bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 21.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 14.00 uur: (058) 234 56 78

Speciale telefoonnummers:

FBTO Alarmcentrale: (058) 234 56 50
Vanuit het buitenland: +31(58) 234 56 50

Fax:

vragen met betrekking tot offerte:
(058) 234 55 54
vragen over polis en/of premienota:
(058) 234 53 64
vragen met betrekking tot vergoedingen:
(058) 234 51 84

Internet:

Ga voor meer informatie naar fbto.nl.
Wijzigingen met betrekking tot uw persoonsgegevens of uw verzekeringen kunt u via Mijn FBTO doen.

Schriftelijk:

FBTO
Postbus 318
8901 BC Leeuwarden
(Informatie over het indienen van nota's kunt u terugvinden onder het hoofdstuk 'Hoe te handelen')

E-mail:

Vragen met betrekking tot offertes:
verkoop.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot de polis of de premie nota en het doorgeven van wijzigingen:
administratie.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot vergoedingen of afwikkeling van (ingediende) nota's:
uitkeringen.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot vergoedingen waarvoor vooraf toestemming is vereist of zorgbemiddeling, zorggarantie en ziekenhuisnota's:
zorg.machtigingen@fbto.nl

Vragen met betrekking tot acceptatie:
acceptatie.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot GGZ:
ggz.fbto@achmea.nl

Vragen met betrekking tot zorgverleners:
info.zorgverleners@fbto.nl

Wij verzoeken u op alle correspondentie en nota's het Burgerservicenummer van de betreffende verzekerde te vermelden.

Hoe te handelen

Inzenden van nota's

Algemeen

Alleen de oorspronkelijke nota's (geen herinneringsnota's), niet ouder dan 36 maanden na het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, komen voor vergoeding in aanmerking. Voor nota's ouder dan 12 maanden kan een aangepaste vergoeding plaatsvinden (zie artikel 12 lid 2 van de voorwaarden).

In verband met de werking van het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet is het belangrijk dat u al uw ziektekostennota's bij FBTO indient. Dit geldt ook als u een vrijwillig eigen risico heeft gekozen. FBTO stuurt geen nota's retour. Maak dus een kopie voor uw eigen administratie voordat u de nota opstuurt.

Declareren

Indien u gebruik maakt van MijnFBTO kunt u uw nota's online declareren. Doorloop hiervoor de volgende stappen: Ga naar MijnFBTO en log in met uw gegevens.

Stap 1. U scant / fotografeert de nota die u wilt declareren en slaat deze op.

Stap 2. Vervolgens kunt u de nota van uw zorgverlener uploaden (via optie "bladeren").

Stap 3. Na het uploaden kunt u aangeven aan wie FBTO de nota betaalt, aan u of aan de zorgverlener. Graag eerst controleren of de nota goed leesbaar is voordat u uploadt. Als de begunstigde niet op de nota staat, maken wij het geld aan u over. Houd er daarbij rekening mee dat de nota aan u wordt betaald als (een gedeelte van) de nota voor uw rekening komt door uw verplicht of vrijwillig eigen risico.

Stap 4. Vervolgens verstuurt u de nota aan FBTO. U krijgt direct een melding of uw nota succesvol is verstuurd. U ontvangt een e-mail ter bevestiging.

FBTO verwerkt uw nota('s) binnen 2 werkdagen na ontvangst, met uitzondering van nota's ouder dan 12 maanden. Binnen 7 werkdagen ontvangt u, of de door u gekozen zorgverlener de vergoeding.

Nadat u uw nota aan FBTO heeft toegezonden, vragen wij u de oorspronkelijke nota een jaar in uw administratie te bewaren. Steekproefsgewijs kunnen wij u vragen de ingediende nota op te sturen. Wij vragen deze nota's op in verband met controle op eventuele fraude.

Als u de nota niet digitaal kunt versturen, kunt u de oorspronkelijke nota (dus geen herinneringsnota) via de post naar FBTO sturen.

Hiervoor moet u de volgende stappen volgen:

Stap 1. Noteer het Burgerservicenummer van de verzekerde waar de nota betrekking op heeft op de originele nota('s) in de rechterbovenhoek.

Stap 2. Geef aan dat u deze nota “betaald” of “niet betaald” heeft. Indien u ons verzoekt een nota rechtstreeks aan de zorgverlener te betalen, kan het voorkomen dat wij de nota (met inhouding van het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico en de eventuele eigen bijdrage(n)) aan u overmaken. Vervolgens ontvangt u van ons bericht met het verzoek het volledige bedrag aan de zorgverlener te betalen.

Stap 3. Stuur de oorspronkelijke nota (dus geen herinneringsnota) naar:

FBTO

T.a.v. afdeling Ziektekosten declaratieverwerking

Postbus 318

8901 BC LEEUWARDEN

FBTO verwerkt deze nota('s) binnen 5 werkdagen na ontvangst. Dit betekent dat de vergoeding binnen 10 dagen na ontvangst op uw bankrekening staat of dat de door u gekozen zorgverlener binnen 10 dagen de vergoeding ontvangt.

Overschrijding van de door u gekozen vergoeding

Als de ingediende nota het door u gekozen maximum vergoedingsbedrag overschrijdt, dan maken wij het restant vergoedingsbedrag aan u over. U ontvangt van ons bericht met het verzoek het volledige bedrag aan de zorgverlener te betalen.

Verplicht eigen risico

Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, geldt een verplicht eigen risico van €350,- per verzekerde per kalenderjaar. Op de aanspraak van zorg en de vergoeding van zorgkosten die in het kalenderjaar vanuit de basisverzekering gemaakt worden, wordt het verplicht eigen risico ingehouden. De zorgkosten die vanuit de basisverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en dan op het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 10 van de basisverzekering.

Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.

Het verplicht eigen risico wordt niet ingehouden op:

- de kosten van zorg of overige diensten die betrekking hebben op het lopende kalenderjaar en waarvan de nota's na 31 december 2014 door ons zijn ontvangen;
- de kosten van het gebruik van zorg, zoals huisartsen die bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat ergens anders wordt gedaan en apart in rekening wordt gebracht. Voorwaarde hiervoor is dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- Bruikleenartikelen met uitzondering van onderhouds- en gebruikskosten;
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a. een bedrag voor de inschrijving als patiënt, tot maximaal het beschikbaarheidstarief van de Wet marktordening gezondheidszorg;

- b. vergoedingen die samenhangen met de manier waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
- nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot maximaal 13 weken is verstreken. Voor levertransplantatie is deze periode 6 maanden;
- zorg die wordt betaald met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Heeft u aanspraken of vergoedingen vanuit de basisverzekering gehad? En blijft er een bedrag over dat u zelf moet betalen, dan telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het verplicht eigen risico.

Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de zorgkosten hebben vergoed. Dan wordt het openstaande verplichte eigen risicobedrag met u verrekend. U heeft ons een volmacht verleend voor incasso van het verplichte eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

Wanneer u in de loop van het kalenderjaar 18 jaar wordt, gaat het verplichte eigen risico in per de 1e van de maand volgende op de kalendermaand waarin u 18 wordt. Het verplicht eigen risico wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.

Wanneer uw basisverzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het verplicht eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd. Bij beëindiging van uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar zal het verplicht eigen risico voor het betreffende kalenderjaar naar evenredigheid worden verminderd.

Vrijstelling verplicht eigen risico

Vrijgesteld van het verplicht eigen risico zijn:

- de kosten van het online programma 'Kleur je Leven'.

Vrijstelling vindt alleen plaats als de volledige behandeling wordt gedaan.

Vrijwillig gekozen eigen risico

Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig eigen risico geldt een premiekorting. Deze kortingen staan in uw polis en op fbto.nl. U kunt uw vrijwillig eigen risico jaarlijks wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar, artikel 4 lid 5 van de basisverzekering.

Het per verzekerde vrijwillig eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.

Op het vrijwillig eigen risico zijn niet van toepassing:

- de kosten van het gebruik van zorg, zoals huisartsen die bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat ergens anders wordt gedaan en apart in rekening wordt gebracht. Voorwaarde hiervoor is dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten voor bruikleenartikelen met uitzondering van onderhouds- en gebruikskosten;
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a. een bedrag voor de inschrijving als patiënt, tot maximaal het beschikbaarheidstarief van de Wet marktordening gezondheidszorg;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de manier waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
- nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot maximaal 13 weken is verstreken. Voor levertransplantatie is deze periode 6 maanden;
- zorg die wordt betaald met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

De zorgkosten die vanuit de basisverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en dan op het vrijwillig gekozen eigen risico. Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de zorgkosten hebben vergoed. Dan wordt het openstaande vrijwillig eigen risicobedrag met u verrekend. U heeft ons een volmacht verleend voor incasso van het vrijwillig eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

Voor de bepaling van het vrijwillig eigen risico is de situatie bij aanvang van de basisverzekering of situatie per 1 januari van het jaar bepalend. Wanneer de basisverzekering in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, wordt het vrijwillig eigen risico naar evenredigheid verminderd.

Heeft u aanspraken of vergoedingen vanuit de basisverzekering gehad? En blijft er een bedrag over dat u zelf moet betalen, dan telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig eigen risico. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een vrijwillig eigen risico.

Kortingen bij vrijwillig eigen risico

In de tabel ziet u de kortingen op de premie voor de verschillende vrijwillige eigen risico's. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan bestaat uw totale eigen risico uit het verplichte eigen risico van € 350,- plus het door u gekozen vrijwillig eigen risico (dus maximaal € 350,- + € 500,- = € 850,-)

Vrijwillig eigen risico	Premiekorting per jaar
€ 100,-	€ 50,-
€ 200,-	€ 100,-
€ 300,-	€ 150,-
€ 400,-	€ 200,-
€ 500,-	€ 250,-

Maandelijks gaan wij na of wij zorgkosten voor u hebben voorgeschoten die invloed hebben op het (vrijwillig) eigen risico. Als dit het geval is, vorderen wij die (gedeeltelijke) kosten met een automatisch incasso van het bij ons bekende rekeningnummer.

Medische kosten in het buitenland

Wordt u in het buitenland geconfronteerd met een situatie waarbij u hulp nodig heeft, neem dan onmiddellijk contact op met de FBTO Alarmcentrale: +31 (58) 234 56 50. Dit nummer is zeven dagen per week en 24 uur per dag bereikbaar.

Let op: dit telefoonnummer gebruikt u alleen in noodsituaties waarin snelle hulp nodig is, bijvoorbeeld in geval van een ongeval, ziekenhuisopname of andere nare omstandigheden waarmee u te maken kunt krijgen. In deze gevallen kan de FBTO Alarmcentrale garant staan voor de kosten van uw behandeling. In overige gevallen verzoeken wij u de kosten van de buitenlandse zorgverlener voor te schieten en de nota bij terugkomst in Nederland bij ons te declareren.

Nota's geneeskundige kosten buitenland

Declaraties van buitenlandse zorgverleners met een notabedrag hoger dan € 200,- kunnen rechtstreeks door ons verrekend worden met de betrokken instantie. Declaraties lager dan € 200,- worden aan u uitbetaald. FBTO heeft overeenkomsten met verschillende zorgverleners in België en Duitsland. Wanneer u gebruik maakt van deze zorgverleners dan worden de nota's rechtstreeks door ons betaald.

Vragenformulier buitenlandse nota's

Wij verzoeken u de nota met het Burgerservicenummer van de verzekerde waar de nota betrekking op heeft samen met het ingevulde vragenformulier in te sturen. Dit formulier kunt u downloaden op fbto.nl, of bij ons opvragen. Wanneer u de nota samen met het formulier naar ons toestuurt, bespoedigt dit de afwikkeling van uw nota('s).

Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener aan u in euro's met inachtneming van de dagelijkse omrekenkoers zoals deze door de Europese Centrale Bank wordt gepubliceerd. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar

u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer dat bij ons bekend is van een in Nederland gevestigde bank.

De nota's moeten in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten, kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. De kosten van het vertalen worden niet door ons vergoed.

Bij behandelingen waarbij toestemming vooraf geldt

Op basis van de polisvoorwaarden moet voor een aantal behandelingen of verstrekkingen vooraf toestemming worden gevraagd. De belangrijkste zijn:

- hulpmiddelen;
- gebitsprothese;
- maagband;
- bijzondere tandheekunde (bijvoorbeeld bij implantaten);
- bijzondere orthodontie;
- sensormatje;
- behandelingen in het buitenland;
- zittend ziekenvervoer.

Deze lijst is niet limitatief. Naast de genoemde behandelingen adviseren wij u bij plastische chirurgie vooraf te informeren naar de vergoedingsmogelijkheden.

Wij raden u aan altijd vooraf de voorwaarden te raadplegen of bij ons te informeren. Het rechtstreekse telefoonnummer hiervoor is: (058) 234 53 33.

De voordelen van uw basisverzekering:

Met uw basisverzekering profiteert u bij FBTO van aantrekkelijke klantvoordelen. En daar betaalt u geen extra premie voor! Deze voordelen krijgt u gratis bij uw basisverzekering. Meer informatie vindt u op fbto.nl/zorgklanten.

Specsavers Opticiëns

Laat u uw FBTO Zorgpas zien bij Specsavers Opticiens? Dan krijgt u 25% korting bij aanschaf van een bril of zonnebril op sterkte. En kiest u voor lenzen? Dan krijgt u bij een eerste zesmaandencontract, de eerste maand gratis. Deze korting geldt niet in combinatie met andere kortingsregelingen of speciale aanbiedingen.

FBTO Topfit

Of u nu wilt hardlopen, skeeleren of wandelen. Met FBTO Topfit kiest u zelf het programma dat bij je past. Ook kunt u hier terecht voor lekkere en gezonde recepten. Deze interactieve sport-, bewegings- en voedingshulp is voor gratis. Ga naar fbtotopfit.nl.

Sportscholen Achmea Health Centers	Door heel Nederland kunt u de sportscholen van Achmea Health Centers vinden. Met de FBTO Zorgverzekering sport u hier wel heel voordelig. Laat uw FBTO Zorgpas zien en u krijgt 20% korting op het door u gekozen pakket.
FBTO Zorgregelaar	De FBTO Zorgregelaar is een nieuwe gratis service van FBTO. De Zorgregelaar is er voor vragen over zorg en hulp bij ziekte, handicap of ouderdom. Makkelijk als u bijvoorbeeld wilt weten welke zorg u kunt krijgen na ontslag uit het ziekenhuis. Of waar u een rolstoel kunt aanvragen. Meer informatie of aanvragen? Kijk op fbto.nl/zorgklanten .
Telemonitoring bij chronisch hartfalen	Als u bent aangesloten bij Motiva via een gecontracteerd ziekenhuis kunt u met technische vragen over telemonitoring terecht bij de “Hartlijn” van het Medical Service Center van Achmea telefoonnummer +31 71 751 00 68. Het Medical Service Center is op werkdagen bereikbaar van 08.00 - 17.00 uur.
Cursus ‘Kleur je leven’	Deze internet cursus kan u helpen de toekomst positief en met zelfvertrouwen tegemoet te zien. Het programma is ontwikkeld door het Trimbosinstituut en gecertificeerd door het Centrum voor Gezond Leven (RIVM). De cursus kan in eigen tijd en eigen tempo gevolgd worden. Om de online zelfhulp cursus te volgen, heeft u geen verwijzing van een arts nodig. Aanmelden kan op kleurjeleven.nl .
The Coach Program	Een hartinfarct of een andere aandoening van de kransslagaders in het hart zijn ingrijpende ervaringen. Het gevolg is vaak een verblijf in het ziekenhuis, een periode van revalidatie en regelmatige controles. The Coach Program [®] heeft als doel u door de ingrijpende periode van herstel te helpen. Deelname is gratis met uw basisverzekering van FBTO.
Vakantiedokter	Vanaf uw vakantieadres kunt u voor advies bij niet-spoedeisende vragen bellen naar de Vakantiedokter op telefoonnummer +31 (0)71 364 18 02. De telefoon wordt opgenomen door een team van Nederlands sprekende deskundige verpleegkundigen en artsen. De Vakantiedokter geeft u geen vaccinatieadvies, maar kan u wel doorverwijzen. De Vakantiedokter kunt u bellen op maandag t/m vrijdag van 08:00 tot 17:00 uur. Buiten deze tijden kunt u voor spoedeisende zaken bellen met de Alarmcentrale Eurocross Assistance op telefoonnummer +31 (0)71 364 18 50.

Zorgbemiddeling Met deze unieke service heeft u toegang tot alle topspecialisten en ziekenhuizen uit ons wereldwijde zorgnetwerk. Wij zorgen er samen met onze partners voor dat alles geregeld wordt wanneer u voor een medische behandeling in het buitenland wordt behandeld. Dan kunt u zich volledig richten op uw herstel of behandeling.

FBTO Alarmcentrale U kunt voor spoedeisende zaken bellen met de Alarmcentrale Eurocross Assistance op telefoonnummer +31 (0)71 364 18 50.

Hulpmiddelenlijn Via de Achmea Hulpmiddelenlijn vraagt u snel en makkelijk bruikleenmiddelen aan. Bel +31 71 751 00 77 (lokaal tarief). Dat kan van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur. De Hulpmiddelenlijn bepaalt of en hoeveel geld u krijgt voor hulpmiddelen. U kunt de volgende hulpmiddelen aanvragen via de Hulpmiddelenlijn:

- hoog/laagbedden
- trippelstoelen
- aangepaste stoelen
- personenalarmering

Zorg dat u uw burgerservicenummer bij de hand heeft als u belt.

Zorggarantie Met zorggarantie weet u zeker dat u binnen een bepaalde tijd voor een operatie of behandeling geholpen wordt. Lukt dit niet in Nederland? Dan zoeken wij een oplossing in een ziekenhuis in België of Duitsland. FBTO heeft contracten met verschillende ziekenhuizen. De volgende behandelingen vallen onder Zorggarantie:

- algemene chirurgie
- cardiologie/cardiochirurgie
- diagnostiek
- plastische chirurgie (na onze toestemming)

Meer informatie of aanvragen? Kijk op fbto.nl/zorgklanten.

WeHelpen.nl WeHelpen.nl is opgezet als een marktplaats met slimme functies voor het vinden en verbinden, organiseren en delen van hulp, aangevuld met gerichte informatie aan hulpverleners en hulpbehoevenden. U kunt hulp organiseren, vragen en bieden. Kijk voor meer informatie op weHelpen.nl.

Aanvullende verzekering

Met de FBTO Ziektekostenverzekering bepaalt u zelf wanneer u wel en niet aanvullend verzekerd bent. De aanvullende modules kunt u elke maand aan- of uitzetten. Zo betaalt u alleen wat u nodig heeft. En bij FBTO hoeft u geen medische vragen te beantwoorden bij het afsluiten van een aanvullende module!

Wijzigen van modules

Bij FBTO kunt u aanvullende modules maandelijks bijsluiten. Een module opzeggen kan natuurlijk ook. De module vervalt na opzegging per de eerste van de volgende kalendermaand. Via MijnFBTO op fbto.nl kunt u uw modules aanpassen.

Wachttijden

Bent u al verzekerd bij FBTO met een Basisverzekering en een (of meerdere) aanvullende module(s)?

Voor een aantal behandelingen is er sprake van een wachttijd. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt.

Als u een aanvullende module waarop een wachttijd van toepassing is aan het eind van het lopende verzekeringsjaar wilt beëindigen en vervolgens op 1 januari van het daaropvolgende jaar weer aanzet, beschouwen wij de wachttijd van de aanvullende module als een aaneengesloten verzekeringsperiode. NB. De dan actuele voorwaarden en tarieven zijn van toepassing.

Als u een aanvullende module waarop een wachttijd van toepassing is aan het eind van het lopende verzekeringsjaar wilt voortzetten in het daaropvolgende jaar, beschouwen wij de wachttijd van de aanvullende module als een aaneengesloten verzekeringsperiode. NB. De dan actuele voorwaarden en tarieven zijn van toepassing.

Module Buitenland:

Iedere keer als u de Module Buitenland uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er voor de vergoeding van vaccinatiekosten in het kader van een buitenlandse reis een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Module Gezichtsorg en Orthodontie:

Iedere keer als u de Module Gezichtsorg en Orthodontie uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er voor de vergoeding van de kosten van brillen en/of lenzen of ooglaseren een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Module Gezichtsorg en Orthodontie:

Iedere keer als u de Module Gezichtsorg en Orthodontie uitzet en vervolgens opnieuw aanzet is er voor plastische chirurgie altijd een wachttijd van 24 maanden van toepassing.

Module Gezinsplanning:

Iedere keer als u de Module Gezinsplanning uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er voor sterilisatie een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Module Therapieën:

Iedere keer als u de Module Therapieën uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er voor paramedische behandelingen een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

De wachttijd geldt ook wanneer u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere dekking kiest. Bijvoorbeeld wanneer u de dekking verhoogt van € 500,- naar € 1.000,- dan geldt vanaf de datum dat u de module bijverzekert voor het bedrag boven de € 500,- een wachttijd van zes maanden voor paramedische behandelingen.

Houdt u er bij verhoging van de dekking en/of bij het opnieuw aanzetten van de module Therapieën tijdens een kalenderjaar rekening mee dat reeds vergoede kosten in het betreffende kalenderjaar ook meetellen in het nieuwe vergoedingsbedrag van uw keuze!

Module Tandheelkundige hulp volwassenen:

Iedere keer als u de Module Tandheelkundige hulp volwassenen uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

De wachttijd geldt ook wanneer u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere dekking kiest. Bijvoorbeeld wanneer u de dekking voor Tandheelkundige hulp verhoogt van € 500,- naar € 750,- dan geldt vanaf de datum dat u de module bijverzekert voor het bedrag boven de € 500,-, een wachttijd van zes maanden.

Houdt u er bij verhoging van de dekking en/of bij het opnieuw aanzetten van de module Tandheelkundige hulp volwassenen tijdens een kalenderjaar rekening mee dat reeds vergoede kosten in het betreffende kalenderjaar ook meetellen in het nieuwe vergoedingsbedrag van uw keuze!

Voorbeelden

Module:	Bent u al verzekerd bij FBTO met een basisverzekering en 1 of meer aanvullende module(s)?	Is er sprake van een nieuwe wachttijd bij het voortzetten van een aanvullende module in combinatie met een basisverzekering per 1 januari?	Is er iedere keer als u een Module uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, of als u een hogere dekking kiest, een wachttijd van toepassing?
Buitenland (vaccinatiekosten)	Ja	Nee, alleen de resterende wachttijd blijft staan	Ja, 6 maanden
Gezichtsorg en Orthodontie (brillen en/of lenzen of ooglaseren)	Ja	Nee, alleen de resterende wachttijd blijft staan	Ja, 6 maanden
Gezichtsorg en Orthodontie (plastische chirurgie)	Ja	Nee, alleen de resterende wachttijd blijft staan	Ja, 24 maanden
Gezinsplanning (sterilisatie)	Ja	Nee, alleen de resterende wachttijd blijft staan	Ja, 6 maanden
Therapieën (paramedische behandelingen)	Ja	Nee, alleen de resterende wachttijd blijft staan	Ja, 6 maanden
Tandheelkundige hulp volwassenen	Ja	Nee, alleen de resterende wachttijd blijft staan	Ja, 6 maanden

Gaat u zich per 1 januari bij FBTO verzekeren met een Basisverzekering en een (of meerdere) aanvullende module(s)?

Voor een aantal behandelingen is er sprake van een wachttijd. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt.

Als u een aanvullende module waarop een wachttijd van toepassing is aan het eind van het lopende verzekeringsjaar wilt beëindigen en vervolgens op 1 januari van het daaropvolgende jaar weer aanzet, beschouwen wij de wachttijd van de aanvullende module als een aaneengesloten verzekeringsperiode.

NB. De dan actuele voorwaarden en tarieven zijn van toepassing.

Als u een aanvullende module waarop een wachttijd van toepassing is aan het eind van het lopende verzekeringsjaar wilt voortzetten in het daaropvolgende jaar, beschouwen wij de wachttijd van de aanvullende module als een aaneengesloten verzekeringsperiode.

NB. De dan actuele voorwaarden en tarieven zijn van toepassing.

Module Buitenland:

Als u de Module Buitenland niet gelijktijdig met de basisverzekering aanzet, is er voor de vergoeding van vaccinatiekosten in het kader van een buitenlandse reis een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Iedere keer als u de Module Buitenland uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er voor de vergoeding van vaccinatiekosten in het kader van een buitenlandse reis een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Module Gezichtsorg en Orthodontie:

Als u de Module Gezichtsorg en Orthodontie niet gelijktijdig met de basisverzekering aanzet, is er voor de vergoeding van de kosten van brillen en/of lenzen of ooglaseren een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Iedere keer als u de Module Gezichtsorg en Orthodontie uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er voor de vergoeding van de kosten van brillen en/of lenzen of ooglaseren een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Module Gezichtsorg en Orthodontie:

Voor de Module Gezichtsorg en Orthodontie geldt voor plastische chirurgie altijd een wachttijd van 24 maanden.

Iedere keer als u de Module Gezichtsorg en Orthodontie uitzet en vervolgens opnieuw aanzet is er voor plastische chirurgie altijd een wachttijd van 24 maanden van toepassing.

Module Gezinsplanning:

Als u de Module Gezinsplanning niet gelijktijdig met de basisverzekering aanzet, is er voor sterilisatie een wachttijd van 6 maanden van toepassing. Iedere keer als u de Module Gezinsplanning uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er voor sterilisatie een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Module Therapieën:

Als u de Module Therapieën niet gelijktijdig met de basisverzekering aanzet, is er voor paramedische behandelingen een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Iedere keer als u de Module Therapieën uitzet en vervolgens opnieuw aanzet is er voor paramedische behandelingen een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

De wachttijd geldt ook wanneer u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere dekking aanzet. Bijvoorbeeld wanneer u de dekking verhoogt van € 500,- naar € 1.000,- dan geldt vanaf de datum dat u de module bijverzekert voor het bedrag boven de € 500,- een wachttijd van zes maanden voor paramedische behandelingen.

Houdt u er bij verhoging van de dekking en/of bij het opnieuw aanzetten van de module Therapieën tijdens een kalenderjaar rekening mee dat reeds vergoede kosten in het betreffende kalenderjaar ook meetellen in het nieuwe vergoedingsbedrag van uw keuze!

Module Tandheelkundige hulp volwassenen:

Als u de Module Tandheelkundige hulp volwassenen niet gelijktijdig met de basisverzekering aanzet, is er een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

Iedere keer als u de Module Tandheelkundige hulp volwassenen uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, is er een wachttijd van 6 maanden van toepassing.

De wachttijd geldt ook wanneer u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere dekking kiest. Bijvoorbeeld wanneer u de dekking voor Tandheelkundige hulp verhoogt van € 500,- naar € 750,- dan geldt vanaf de datum dat u de module bijverzekert voor het bedrag boven de € 500,-, een wachttijd van zes maanden.

Houdt u er bij verhoging van de dekking en/of bij het opnieuw aanzetten van de module Tandheelkundige hulp volwassenen tijdens een kalenderjaar rekening mee dat reeds vergoede kosten in het betreffende kalenderjaar ook meetellen in het nieuwe vergoedingsbedrag van uw keuze!

Voorbeelden

Module:	Gaat u zich per 1 januari bij FBTO verzekeren met een basisverzekering en 1 of meer aanvullende modules?	Is er een wachttijd als u de aanvullende module gelijktijdig met de basisverzekering aanzet?	Is er iedere keer als u een Module uitzet en vervolgens opnieuw aanzet, of als u een hogere dekking kiest, een wachttijd van toepassing?
Buitenland (vaccinatiekosten)	Ja	Nee	Ja, 6 maanden
Gezichtsorg en Orthodontie (brillen en/of lenzen of ooglaseren)	Ja	Nee	Ja, 6 maanden
Gezichtsorg en Orthodontie (plastische chirurgie)	Ja	Ja, 24 maanden	Ja, 24 maanden
Gezinsplanning (sterilisatie)	Ja	Nee	Ja, 6 maanden
Therapieën (paramedische behandelingen)	Ja	Nee	Ja, 6 maanden
Tandheelkundige hulp volwassenen	Ja	Nee	Ja, 6 maanden

18 jaar?

Voor verzekerden die 18 jaar zijn geworden en 1 of meerdere module(s) gelijktijdig met de basisverzekering aanzetten, vervalt de wachttijd (indien van toepassing).

Algemene voorwaarden FBTO

Ziektekostenverzekering

I. Algemene voorwaarden

- Artikel 1** Begripsomschrijvingen
- Artikel 2** Grondslag van de verzekering
- Artikel 3** Werkgebied
- Artikel 4** Begin van de ziektekostenverzekering
- Artikel 5** Duur van de ziektekostenverzekering
- Artikel 6** Beëindiging van rechtswege
- Artikel 7** Premie
- Artikel 8** Herziening van de premie
- Artikel 9** Verplicht eigen risico
- Artikel 10** Vrijwillig gekozen eigen risico
- Artikel 11** Buitenland
- Artikel 12** Verplichtingen van de verzekerde
- Artikel 13** Onwaarachtige weergave van feiten
- Artikel 14** Onrechtmatige inschrijving
- Artikel 15** Kennisgeving relevante gebeurtenissen
- Artikel 16** Overige voorwaarden
- Artikel 17** Geschillen en Fraude

II. Productvoorwaarden Ziektekosten

- Artikel 18** Zorgbemiddeling
- Artikel 19** Huisartsenzorg
- Artikel 20** Ketenzorg
- Artikel 21** Medisch specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)
- Artikel 22** Bevalling en verloskundige zorg, kraamzorg en Prenatale screening
- Artikel 23** Revalidatie
- Artikel 24** Orgaantransplantaties
- Artikel 25** Niet-klinische dialyse
- Artikel 26** Mechanische beademing
- Artikel 27** Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel 28** Trombosedienst
- Artikel 29** Erfelijkheidsonderzoek en –advisering
- Artikel 30** Audiologisch centrum
- Artikel 31** Paramedische zorg
- Artikel 32** Mondzorg
- Artikel 33** Farmaceutische zorg
- Artikel 34** Hulpmiddelen
- Artikel 35** Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer
- Artikel 36** Uitsluitingen
- Artikel 37** Dyslexiezorg
- Artikel 38** Eerstelijns psychologische zorg
- Artikel 39** Specialistische GGZ
- Artikel 40** Zorg bij stoppen met roken programma
- Artikel 41** Astma Centrum in Davos (Zwitserland)
- Artikel 42** Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus

H1 Begripsomschrijvingen

ARTIKEL 1 *Begripsomschrijvingen*

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

Apotheek: Onder apothek verstaan wij: (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

Apotheekhoudende: De apotheekhoudend huisarts dan wel een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, dan wel een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven, dan wel de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

Arts: Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

Arts voor de jeugdgezondheidszorg: De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

AWBZ: De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Basisverzekering: De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bedrijfsarts: Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkentherapeut: Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde: Een universitaire of daarmee door ons gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvies: Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Contract met preferentiebeleid: Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheekhoudende waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Dagbehandeling: Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC): Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-Zorgproducten. Dit traject heet DOT (Dbc's Op weg naar Transparantie). Een DBC-Zorgproduct is een declareerbare prestatie op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg binnen de medisch specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Dienstenstructuur: Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking werksfeer Wet marktordening gezondheidszorg dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

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

Dyslexie (ernstige): Een lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

Eerstelijnspsycholoog: Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ:

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

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

EU-en EER-staat: Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.
Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg: Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het door ons vastgestelde Achmea Reglement Farmaceutische Zorg.

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

- Gecontracteerde zorg:** De zorg die de zorgverzekeraar op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst te verlenen dan wel te vergoeden.
- Geboortecentrum:** Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit. Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.
- Gezin:** Één volwassene, dan wel twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/ Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenaftrek ingevolge de belastingwetgeving.
- Gezondheidszorg-
psycholoog:** Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- GGZ-instellingen:** Een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig is toegelaten.
- Huidtherapeut:** Een huidtherapeut, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de wet BIG.
- Huisarts:** Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.
- Hulpmiddelenzorg:** De voorziening in de behoefte aan in de Regeling zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het door ons vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
- IDEA-contract:** De overeenkomst (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken) tussen ons en een apotheekhoudende waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Jeugdgezondheidszorgarts:

De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.

Kaakchirurg:

Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Kalenderjaar:

De periode van 1 januari tot en met 31 december.

Ketenzorg:

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog:

Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog:

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

Kraamcentrum:

Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Kraamzorg:

De zorg verleend door een gediplomeerd kraamverzorgende of een als zodanig werkende verpleegkundige.

Laboratoriumonderzoek:

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist:

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

Manueel therapeut:

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.

Marktconforme vergoedingen:

Het tarief dat doorgaans in Nederland voor een behandeling wordt vergoed. In de praktijk wordt de vergoeding gebaseerd op 100% van het gemiddeld in Nederland geldende tarief.

- Medisch adviseur:** De arts, die ons in medische aangelegenheden adviseert.
- Medisch specialist:** Een arts, die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- Mondhygiënist:** Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut' en van het 'Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553)'.
- Multidisciplinaire samenwerking:** Geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.
- Oedeemtherapeut:** Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie.
- Oefentherapeut:** Een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
- Opname:** Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling, herstellingsoord of een zelfstandig behandelcentrum, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.
- Orthodontie:** Gebitsregulatie.
- Orthodontist:** Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

- Orthopedagoog-generalist:** Een orthopedagoog-generalist, die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).
- Podotherapeut:** Een podotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het genoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.
- Polisblad:** De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten basisverzekering en aanvullende verzekeringen zijn vastgelegd.
- Preferente geneesmiddelen:** De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.
- Psychiater/zenuwarts:** Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.
- Psychotherapeut:** Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- Reglement Hulpmiddelen:** Het Achmea Reglement Hulpmiddelen.
- Revalidatie:** Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.
- Seksuologisch hulpverlener:** Eerstelijnspsycholoog, arts of verpleegkundige die in het bezit is van een registratie als seksuologisch hulpverlener van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

**Specialistische
geestelijke
gezondheidszorg:**

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

**Specialist
ouderengeneeskunde:**

Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en in het register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is ingeschreven. Dit specialisme bestaat pas sinds 1 januari 2009. Dit specialisme is een opvolging van de verpleeghuisgeneeskunde. Artsen die voor 1 januari 2009 de opleiding zijn begonnen, zijn geregistreerd als verpleeghuisarts, maar worden nu ook specialist ouderengeneeskunde genoemd.

Tandarts:

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.

Tandprotheticus:

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

U/uw:

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met 'u (verzekeringnemer)' wordt bedoeld degene die de basisverzekering met ons is aangegaan.

Verblijf:

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland:

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen. Hieronder worden verstaan Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië en Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verloskundige:

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Verzekerde:

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer:

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG:

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners

omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons/FBTO: FBTO Zorgverzekeringen N.V., in dezen handelend onder de handelsnaam FBTO.

Zelfstandig behandelcentrum:

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor onderzoek en behandeling, dat als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis: Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorggroep: Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg leveren.

Zorgverlener: De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgovereenkomst: De overeenkomst zoals die tussen ons en de zorgverlener is gesloten en die in ieder geval afspraken bevat over de hoogte van de prijs, kwaliteit en doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg wordt verleend.

Zorgverzekeraar: De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat wij, ons, onze, FBTO: is een handelsnaam van FBTO Zorgverzekeringen N.V., K.v.K. 30208631 en is geregistreerd bij de AFM. .

H2 Grondslag van de verzekering

ARTIKEL 2 *Grondslag van de verzekering*

- lid 1a** Deze basisverzekering omvat aanspraken op zorg en vergoeding van kosten van zorg en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.
- lid 1b** U heeft aanspraak op zorg c.q. vergoeding van kosten van zorg uit de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De inhoud en omvang van deze zorg staat beschreven in deze wetten. Bepalend is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie zoals vermeld op de nota en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.
- lid 2** Naast de zorgpolis verstrekt de verzekeraar als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een inschrijvingsbewijs, de zogenoemde zorgpas. Met deze zorgpas kan de verzekerde zich bij zorgverleners identificeren.
- lid 3** De kosten van zorg op basis van deze zorgpolis kunnen behoudens eigen bijdragen door de verzekerde bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd. Als er een overeenkomst is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder vindt rechtstreekse declaratie bij de zorgverzekeraar plaats.
- lid 4** De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- lid 5** De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- lid 6** Op de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in deze zorgpolis omschreven kan conform artikel 2.2. Besluit zorgverzekering een bedrag in mindering worden gebracht indien de zorgverlener een hoger bedrag in rekening brengt dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
- lid 7** Aanmelding op grond van artikel 9a t/m d Zvw
1. Wanneer het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) u op grond van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering bij ons verzekerd heeft, kunt u gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CVZ u daarvan mededeling heeft gedaan, de desbetreffende verzekering vernietigen indien u aan het CVZ en aan ons kunt aantonen in de periode bedoeld in artikel 9d lid 1 Zvw, al krachtens een andere zorgverzekering

verzekerd te zijn geweest.

2. In afwijking van artikel 9:31 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek zijn wij bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen indien achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was.
3. U kunt, zo nodig in afwijking van artikel 7 Zvw, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is, de zorgverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 Zvw niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

lid 8 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar:

Als een zorgverlener iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk, ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener deel uitmaakt van de basisverzekering.

lid 9 Aansprakelijkheid van derden:

- a. De verzekeringsnemer of verzekerde is verplicht de zorgverzekeraar behulpzaam te zijn bij het verhalen van kosten op een eventueel aansprakelijke derde;
- b. Wanneer a op u van toepassing is vragen wij u zo snel mogelijk ons te informeren.

ARTIKEL 3 *Werkgebied*

lid 1 Deze zorgpolis op restitutiebasis omvat de aanspraak op vergoeding van kosten in geheel Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.

Uitzonderingsbepaling:

In afwijking van de overige bepalingen in deze zorgpolis, kunnen bepaalde bij reglement aangeduide hulpmiddelen alleen in bruikleen worden verstrekt.

ARTIKEL 4 *Begin van de ziektekostenverzekering*

lid 1 De ziektekostenverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de ziektekostenverzekering van de verzekeringsnemer heeft ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

lid 2 Indien degene ten behoeve van wie de ziektekostenverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een ziektekostenverzekering verzekerd is, en de verzekeringsnemer aangeeft de ziektekostenverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.

lid 3 Wanneer de basisverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, wordt als ingangsdatum aangehouden de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.

lid 4 Indien de ziektekostenverzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens

wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, lid 4, boek 7 Burgerlijk Wetboek (BW) is geëindigd door opzegging, werkt de ziektekostenverzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere ziektekostenverzekering is geëindigd.

lid 5 Een bij ons lopende basisverzekering kunt u, behoudens hetgeen in lid 1 is bepaald, wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar.

lid 6 Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie op te nemen. Uw zorgverlener dan wel andere dienstverleners van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met alle partijen die uw zorg als hiervoor aangegeven leveren uw BSN gebruiken.

ARTIKEL 5 *Duur van de ziektekostenverzekering*

lid 1 De verzekeringnemer kan de ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. De opzegging moet dan uiterlijk 31 december binnen zijn. Indien de verzekeringnemer de ziektekostenverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

De verzekeringnemer kan de ziektekostenverzekering op de volgende manieren opzeggen:

- Door de ziektekostenverzekering uiterlijk 31 december schriftelijk of per e-mail bij op te zeggen.
- Door gebruik te maken van de overstapservice die verzekeraars in het leven hebben geroepen. De overstapservice houdt in dat als u uiterlijk 31 december een verzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de ziektekostenverzekering opzegt. U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. U kunt de basisverzekering binnen 14 dagen na ontvangst van uw polisblad schriftelijk of per e-mail zonder opgaaf van redenen beëindigen. De basisverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat wij de eventueel al betaalde premie aan u (verzekeringnemer) terugstorten en u de eventueel ontvangen schadekosten terugbetaalt aan ons.

lid 2 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de ziektekostenverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere ziektekostenverzekering wordt verzekerd.

lid 3 Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer met toepassing van artikel 940, lid 4, boek 7 BW de ziektekostenverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de ziektekostenverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval heeft de verzekeringnemer hiervoor één maand nadat de wijziging hem is medegedeeld.

lid 4 Wanneer de reden van opzegging een overstap betreft van de ene collectieve basisverzekering naar de andere collectieve basisverzekering in verband met het

beëindigen van of het aangaan van een nieuw dienstverband.

U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in per de eerste van de volgende maand.

Bij beëindiging van deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie, wanneer de reden van opzegging betreft óf deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, óf door deelname aan een collectieve basisverzekering wegens een nieuw dienstverband. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat deelname aan het collectief is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in per de eerste van de volgende maand.

lid 5 De opzegging bedoeld in het tweede lid gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.

lid 6 In afwijking van het vijfde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere ziektekostenverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.

ARTIKEL 6 *Beëindiging van rechtswege*

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

- a. de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen ziektekostenverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
- b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen;
- c. de verzekerde overlijdt. De zorgverzekeraar dient binnen dertig dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld;
- d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt doordat de verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt;
- e. met ingang van de dag volgend op de dag waarop u niet meer aan de vereisten voor inschrijving in de basisverzekering voldoet;
- f. bij aangetoonde fraude zoals beschreven in artikel 17.

Wanneer uw basisverzekering eindigt, delen wij u dit schriftelijk mee.

lid 2 De ziektekostenverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten ziektekostenverzekering aanbiedt of uitvoert.

lid 3 De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een ziektekostenverzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a of b eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.

- lid 4** De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel c of d, dan wel het tweede lid tot het einde van de ziektekostenverzekering hebben geleid of kunnen leiden.
- lid 5** Indien de zorgverzekeraar op grond van het in het vierde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de ziektekostenverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.
- lid 6** Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering met terugwerkende kracht te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in artikel 7 lid 5 van deze overeenkomst.
- lid 7** De verzekeringnemer kan de zorgverzekering niet beëindigen als er sprake is van een premieachterstand. Verzekeringnemers met een premieachterstand worden geregistreerd in een landelijke database voor alle zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar kan er wel binnen twee weken na het ontstaan van de premieachterstand mee instemmen dat de verzekerde de verzekering beëindigd. Indien de zorgverzekeraar de dekking van de verzekering schorst als gevolg van een premieachterstand, heeft de verzekeringnemer het recht de zorgverzekering te beëindigen.

ARTIKEL 7 *Premie*

- lid 1** Premievaststelling en premieheffing
- De hoogte van de premie van de basisverzekering wordt vastgesteld door ons. De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico, die direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag of een eventuele collectiviteitkorting, die eveneens direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag. Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
 - Bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar is premie verschuldigd per de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt.
 - Op het moment dat uw deelname aan een collectiviteit wordt beëindigd, vervalt uw recht op collectiviteitkorting van deze collectiviteit.
- lid 2** Het betalen van de premie
- U (verzekeringnemer) bent verplicht de premie vooruit te betalen.
 - Het is u niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van ons te vorderen aanspraak op of vergoeding van de kosten van zorg.
 - Als de basisverzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt al betaalde premie naar rato terugbetaald. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand. In geval van fraude of misleiding kunnen wij van de terug te betalen premie een bedrag voor administratiekosten aftrekken.
- lid 3** Niet-tijdige betaling
- Bij de premiebetaling moet u aan de gestelde regels voldoen. Deze verplichting geldt ook wanneer de betaling van de premie door een derde

plaatsvindt. Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met nota's die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen.

- b. Als u gekozen heeft voor premiebetaling per kwartaal of jaar en u betaalt de premie niet binnen de gestelde betalingstermijn, dan behouden wij ons het recht voor u (verzekeringnemer) terug te zetten naar premiebetaling per maand. Het eventuele recht op betalingskorting komt dan te vervallen.
- c. Nadat wij u hebben aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kunt u (verzekeringnemer) gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij wij de dekking van de zorgverzekering hebben geschorst.

lid 4 Lid 3 c is niet van toepassing als wij aan u (verzekeringnemer) binnen twee weken te kennen geven de opzegging te bevestigen.

lid 5 Procedure rondom het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie

- a. Indien er een achterstand in de premie is ontstaan ter hoogte van twee maandpremies bieden wij u (verzekeringnemer) schriftelijk binnen 10 werkdagen een betalingsregeling aan. De betalingsregeling bestaat in ieder geval uit de volgende elementen:
 - een machtiging van u (verzekeringnemer) aan ons tot maandelijkse automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen;
 - afspraken over de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van u (verzekeringnemer) aan ons, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden;
 - een toezegging van ons, inhoudende dat wij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, zoals bedoeld in de tekst achter het tweede aandachtsstreepje van dit lid (5 a) zullen beëindigen, schorsen of opschorten, zolang u (verzekeringnemer) de machtiging of de opdracht, bedoeld in de tekst achter het eerste aandachtsstreepje van dit lid (5 a), niet intrekt en de afspraken, zoals bedoeld in de tekst achter het tweede aandachtsstreepje van dit lid (5 a), nakomt.
- b. Indien u (verzekeringnemer) een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premieachterstand als bedoeld in artikel 18a lid 1 Zvw is ontstaan, bestaat het aanbod tevens uit een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

- de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag met een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en
 - deze, indien deze zorgverzekering bij ons is gesloten, voor de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in de tekst achter het eerste aandachtstreepje van lid 5 a, aan ons heeft afgegeven.
- c. In het aanbod staat tevens opgenomen dat u (verzekeringnemer) een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden. Indien u (verzekeringnemer) niet ingaat op de voorgestelde betalingsregeling of op andere wijze de betalingsachterstand niet voldoet dan ontvangt u (verzekeringnemer) bij een achterstand in premie (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) ter hoogte van vier maanden een waarschuwing (4-maandsbrief) dat u (verzekeringnemer) zult worden aangemeld voor het bestuursrechtelijke premierégim als de achterstand in premie (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) is gestegen tot zes maanden. U (verzekeringnemer) heeft het recht om binnen vier weken nadat deze voorgenomen aanmelding aan u (verzekeringnemer) kenbaar is gemaakt hiertegen bezwaar te maken.
- d. Indien lid 5 b van toepassing is dan zenden wij de verzekerde afschriften van de stukken die wij in het kader van lid 5 a tot en met lid 5 c aan u (de verzekeringnemer) sturen. Dit geschiedt gelijktijdig.
- e. Indien wij ons standpunt op de betwisting handhaven kunt u (verzekerde of verzekeringnemer) binnen een termijn van vier weken na ontvangst van deze mededeling een geschil hierover voorleggen aan een onafhankelijke instantie op grond van artikel 114 Zvw of aan de burgerlijk rechter (artikel 18b lid 2 Zvw).
- f. Zodra een achterstand in premie (zonder incassokosten en rente) ter hoogte van zes maanden is bereikt melden wij dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van u (verzekeringnemer en/of verzekerde), aan het CVZ, en aan u (verzekeringnemer en/of verzekerde). Vanaf dit moment betaalt u geen nominale premie meer aan ons, maar zal het CVZ een bestuursrechtelijke premie bij u (verzekeringnemer) opleggen. Deze premie is hoger dan de standaardpremie en kan direct op uw inkomen worden ingehouden. Deze melding geschiedt niet indien:
- de premieachterstand door u (verzekeringnemer) tijdig is betwist en wij ons standpunt nog niet aan u hebben kenbaar gemaakt;
 - gedurende de in lid 5 e genoemde termijn;
 - in geval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - indien u (verzekeringnemer) zich heeft gemeld bij een schuldhulpverlener en kunt aantonen dat u in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden heeft gesloten (artikel 18c lid 2 Zvw).

- indien een betalingsregeling als bedoeld in lid 5 a ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan en zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.
- g. Indien u (verzekeringnemer), na tussenkomst van het CVZ, de verschuldigde premie, zorgkostennota's, wettelijke rente en eventuele incassokosten heeft voldaan melden wij u af bij het CVZ. De bestuursrechtelijke premie-inning zal worden stopgezet en u (verzekeringnemer) betaalt de nominale premie weer aan ons.
- h. Wij stellen u (verzekeringnemer en verzekerde) en het CVZ direct op de hoogte van de datum waarop:
 - de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan;
 - de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
 - door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, tenminste zijn zorgverzekeraar deelneemt.

lid 6 Bij (her)inschrijving na wanbetaling dient u twee maanden premie vooruit te betalen.

lid 7 FBTO kan het openstaande (premie) bedrag verrekenen met een u of de verzekerde toekomstige vergoeding uit deze overeenkomst. FBTO neemt titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek in acht.

lid 8 Automatische incasso

- a. Betalingen van de premie, verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico, wettelijke eigen bijdragen, eigen betalingen en eventuele overige vorderingen geschieden bij voorkeur per automatische incasso. Indien u kiest voor een andere betaalwijze dan per automatische incasso kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.
- b. Wij streven ernaar de vooraankondiging van de automatische incasso veertien dagen voor het incasseren van het openstaande bedrag aan de verzekeringnemer te versturen (dit is niet van toepassing voor de premie, de vooraankondiging hiervoor vindt eenmalig per jaar plaats via een e-mail of brief).

ARTIKEL 8 *Herziening van premie*

lid 1 Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

lid 2 De verzekeringnemer kan de ziektekostenverzekering met toepassing van artikel 940, lid 4, boek 7 BW opzeggen binnen een maand nadat wij hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie hebben meegedeeld. De opzegging gaat in met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat.

ARTIKEL 9 *Verplicht eigen risico*

lid 1 Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 350,- per kalenderjaar. Dit verplicht eigen risico gaat in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt. Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.

Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:

- De kosten van zorg of overige diensten die betrekking hebben op het lopende kalenderjaar en waarvan de nota's na 31 december 2014 door ons zijn ontvangen;
- De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen.
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a. Een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld.
 - b. Vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
- De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.
- Bruikleenartikelen met uitzondering van onderhouds- en gebruikskosten.
- De nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken.
- De kosten van ketenzorg. Is zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Eigen betalingen die voor rekening van de verzekerde blijven, tellen niet mee voor het volmaken van het verplicht dan wel het vrijwillig eigen risico.

lid 2 *Vrijstelling verplicht eigen risico*

Vrijgesteld van het verplicht eigen risico zijn de kosten van het online programma 'Kleurjeleven.nl'. Vrijstelling vindt alleen plaats als het volledige programma daadwerkelijk wordt afgerond.

- lid 3** De kosten van zorg die vanuit de basisverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna in mindering gebracht op het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 10 (Vrijwillig gekozen Eigen Risico).
- lid 4** Wanneer u in de loop van het kalenderjaar de 18-jarige leeftijd bereikt, gaat het verplichte eigen risico in per de eerste van de maand volgende op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt. Het verplicht eigen risico wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- lid 5** Wanneer uw basisverzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het verplicht eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- lid 6** Bij beëindiging van uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar zal het verplicht eigen risico voor het desbetreffende kalenderjaar naar evenredigheid worden verminderd.
- lid 7** In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de basisverzekering, een bedrag voor rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het verplicht eigen risico.
- lid 8** Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.
- lid 9** Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risico bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. U wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het verplichte eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

ARTIKEL 10 *Vrijwillig gekozen eigen risico*

- lid 1** Het vrijwillig gekozen eigen risico is € 0,- tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.
- lid 2** Een verzekerde van achttien jaar of ouder kan voor de verzekering een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar overeenkomen. Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.
- lid 3** Indien een vrijwillig gekozen eigen risico wordt overeengekomen, geldt de korting op de premiegrondslag zoals vermeld in de premiebijlage achterin deze voorwaarden.
- lid 4** Op het vrijwillig gekozen eigen risico zijn niet van toepassing:
- De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZA vastgestelde tarief in rekening te brengen.
 - De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:

- a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld.
- b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.
 - Bruikleenartikelen met uitzondering van onderhouds- en gebruikskosten.
 - De nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken.
 - De kosten van ketenzorg. Is zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Eigen betalingen die voor rekening van de verzekerde blijven, tellen niet mee voor het volmaken van het verplicht dan wel het vrijwillig eigen risico.

- lid 5** Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 9, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.
- lid 6** Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het vrijwillig gekozen eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de ziektekostenverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- lid 7** Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende vrijwillig gekozen eigen risicobedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een ziektekostenverzekering had gesloten, wordt het vrijwillig gekozen eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:
- a. ieder bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 - b. de op grond van onder a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld, en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 - c. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond op hele euro's.
- lid 8** Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

- lid 9** Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, wordt zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risicobedrag verrekend, dan wel teruggevorderd. Bij niet tijdige betaling kan de zorgverzekeraar administratiekosten in rekening brengen.
- lid 10** U kunt uw vrijwillig gekozen eigen risico met inachtneming van artikel 4 lid 5 jaarlijks wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar.

ARTIKEL 11 *Buitenland*

Als door de verzekerde zorg wordt ingeroepen bij een zorgverlener of instelling in een ander land dan het woonland dan kan de vergoeding voor die zorg onduidelijk zijn. Om zekerheid te hebben over de vergoeding van geplande zorg in het buitenland moet de verzekerde vooraf of voor de behandeling contact opnemen met de verzekeraar.

In dit artikel wordt onderscheid gemaakt tussen verzekerden die:

- wonen:
- in Nederland (lid 1);
 - in een EU/EER land of verdragsland (lid 2);
 - in een land dat geen EU/EER land of verdragsland is (lid 3);
- tijdelijk verblijven:
- in een EU/EER land of verdragsland (lid 4);
 - in een land dat geen EU/EER land of verdragsland is (lid 5).

- lid 1** De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg door zorgaanbieders of instellingen buiten Nederland zoals genoemd in de Productvoorwaarden van de FBTO Ziektekostenverzekering.
- lid 2** De verzekerde die in een ander EU/EER-land dan Nederland of een verdragsland woont, heeft naar keuze aanspraak op:
- a. medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - b. vergoeding van kosten van zorg door een zorginstelling of zorgverlener conform de in de Productvoorwaarden van de FBTO Ziektekostenverzekering opgenomen bepalingen die van toepassing zijn indien de zorg door een zorgverlener of instelling binnen Nederland zou zijn verleend.
- lid 3** De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een zorginstelling of zorgverlener conform de in de Productvoorwaarden van de FBTO Ziektekostenverzekering opgenomen bepalingen die van toepassing zijn indien de zorg door een zorgverlener of instelling binnen Nederland zou zijn verleend.
- lid 4** De verzekerde die in Nederland, een ander EU/EER-land of verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan het woonland, heeft aanspraak op:
- a. medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - b. de vergoeding van kosten voor zorg zoals genoemd in de Productvoorwaarden

van de FBTO Ziektekostenverzekering door zorgaanbieders of instellingen buiten Nederland.

lid 5 De verzekerde die woont in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland, en tijdelijk verblijft in een ander land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een zorginstelling of zorgverlener conform de in de Productvoorwaarden van de FBTO Ziektekostenverzekering opgenomen bepalingen die van toepassing zijn indien de zorg door een zorgverlener of instelling binnen Nederland zou zijn verleend.

lid 6 Voor zorg aan de verzekerde die niet in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland woont en tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, is lid 3 van toepassing.

Buitenlandse nota's: In Hoe Te Handelen (blz. 6) staat uitgelegd hoe buitenlandse nota's ingestuurd kunnen worden en wat op de nota vermeld moet worden zodat de nota('s) door de verzekeraar in behandeling genomen kan (kunnen) worden.

ARTIKEL 12 *Verplichtingen van de verzekerde*

lid 1 De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:

- a. bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van één van de volgende geldige documenten: een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of een vreemdelingendocument;
- b. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur, indien deze daarom vraagt;
- c. aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van de privacyregelgeving;
- d. de zorgverzekeraar behulpzaam te zijn bij het verhalen van kosten op een eventueel aansprakelijke derde;
- e. aan de zorgverzekeraar, binnen 30 dagen nadat de verzekerde gedetineerd is, de ingangsdatum en de duur van de detentie te melden;
- f. aan de zorgverzekeraar, binnen 2 maanden nadat de verzekerde in vrijheid is gesteld, de datum van invrijheidstelling te melden.

De verplichtingen onder e. en f. worden opgelegd in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie.

lid 2 In voorkomende gevallen de oorspronkelijke nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen.

Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is. In het geval nota's later dan

12 maanden na afloop van het kalenderjaar worden ingediend, behoudt FBTO het recht voor om een lagere vergoeding toe te kennen, dan waar de verzekerde volgens de vergoeding recht op had. Op basis van artikel 942, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek worden nota's die later dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg, bij de verzekeraar worden ingediend, niet in behandeling genomen.

Wanneer de verzekerde zelf nota's van een zorgverlener ontvangt, dient de verzekerde de oorspronkelijke en duidelijk gespecificeerde nota's aan de verzekeraar toe te sturen. Vergoeding vindt alleen dan plaats wanneer FBTO beschikt over een oorspronkelijke en duidelijk gespecificeerde nota. Kopienota's, herinneringen, pro forma nota's, begrotingen of kostenramingen e.d. accepteert FBTO niet als oorspronkelijke nota en worden niet vergoed. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota vermeld staan welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd.

De vergoeding waar de verzekerde recht op heeft, betaalt de verzekeraar altijd aan de verzekeringnemer uit op het rekeningnummer dat bij ons bekend is.

lid 3 Indien de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft de verzekerde geen aanspraak op zorg dan wel behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden.

lid 4 U kunt de oorspronkelijke nota's (dus geen herinneringsnota) ook scannen en digitaal bij ons aanleveren. Op het moment dat u van deze mogelijkheid gebruik maakt bent u verplicht de oorspronkelijke nota's (dus geen herinneringsnota) tot 1 jaar, nadat deze door ons zijn ontvangen, te bewaren. Wij behouden ons het recht voor deze oorspronkelijke nota (dus geen herinneringsnota) bij u op te vragen indien wij dat noodzakelijk achten.

lid 5 U (verzekeringnemer) bent verplicht ons binnen een maand op de hoogte te stellen van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de basisverzekering van betekenis kunnen zijn, zoals eindiging verzekeringsplicht, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, langdurig verblijf in het buitenland, e.d. Kennisgevingen aan u (verzekeringnemer), gericht aan uw laatst bekende adres worden geacht u (verzekeringnemer) te hebben bereikt.

ARTIKEL 13 *Onwaarachtige weergave van feiten*

lid 1 Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

- a. Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan;
- b. De zorgverzekeraar vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken bij verzekeringnemer terug;

- c. De zorgverzekeraar heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.

ARTIKEL 14 *Onrechtmatige inschrijving*

- lid 1** Indien ten behoeve van een verzekerde een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) verzekeringsplicht bestaat.
- lid 2** De zorgverzekeraar zal de premie die de verzekerde vanaf de dag dat de verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door de verzekerde sindsdien voor zijn rekening genoten zorg en het saldo aan de verzekerde uitbetalen dan wel bij de verzekerde in rekening brengen. Hierbij uitgaande van een 30 daagse maand.

ARTIKEL 15 *Kennisgeving relevante gebeurtenissen*

- lid 1** De verzekeringnemer is verplicht binnen dertig dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.
Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- lid 2** Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een minderjarige verzekerde:
De zorgverzekeraar benadert de minderjarige verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste vier weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig gekozen eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder vrijwillig gekozen eigen risico.

ARTIKEL 16 *Overige voorwaarden*

- lid 1** Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de polis omschreven:
In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.
- lid 2** Opname in een andere dan de verzekerde klasse:
Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.

- lid 3** Begin en einde van de aanspraak op zorg:
Indien de verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis recht heeft op zorg, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

ARTIKEL 17 *Geschillen en Fraude*

- lid 1** Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- lid 2** Klachten en geschillen over de informatie van FBTO en over het sluiten en de uitvoering van deze overeenkomst kunnen in eerste instantie voorgelegd worden aan het management van die betreffende afdeling. Indien een verzekeringnemer of een verzekerde al een klacht heeft ingediend, maar het niet eens is met de afhandeling, dan kan het geschil voorgelegd worden aan de Directie/klachtenmanagement van FBTO, Postbus 50, 8900 AB Leeuwarden of per mail aan klachtenmanagement@fbto.nl.
- lid 3** Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen drie weken door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter.
- lid 4** In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering, Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Deze stichting kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de stichting toepasselijke reglement. De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan. Het staat u altijd vrij om naar de burgerlijke rechter te stappen, zelfs nadat de SKGZ een bindend advies heeft uitgebracht.
- lid 5** Consumenten, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars kunnen klachten indienen bij de NZa over door FBTO zorg gehanteerde formulieren. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar en consument tot bindend advies.
- lid 6** Registratie van persoonsgegevens:
- Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens en andere gegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, ter voorkoming en bestrijding van fraude, het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, voor activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand, voor statistische analyses, om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen en in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector.
 - Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij uw gegevens

raadplegen bij de Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR te Den Haag, p/a Postbus 124, 3700 AC te Zeist.

- Bij geconstateerd laakbaar of onrechtmatig gedrag kunnen wij, volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen, uw persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister. Dit register wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door ons getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS.
- Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Zie voor meer informatie www.stichtingcis.nl. Hier vindt u ook het van toepassing zijnde privacyreglement.
- Wij kunnen uw persoonsgegevens ook gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Indien u hier geen prijs op stelt, dan kunt u dit schriftelijk melden aan FBTO, afdeling Relatiebeheer, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden, of per mail aan relatiebeheer@fbto.nl.
- Voor het uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst kunnen wij uw gegevens beschikbaar stellen aan derde partijen, zoals bijvoorbeeld VECOZO en Clearing House Partners (CHA). Wanneer wij gebruik maken van derde partijen is de vigerende privacywetgeving van toepassing.

lid 7 In het geval u bezwaar wilt maken tegen het feit dat u als wanbetaler wordt aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) dient u dit binnen 4 weken, nadat deze voorgenomen aanmelding aan u (verzekeringnemer) kenbaar is gemaakt, te doen. Voor meer informatie over deze bezwaarmogelijkheid verwijzen wij u naar onze website.

lid 8

Fraude:

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met ons.

Elk uit deze basisverzekering voortvloeiend recht op aanspraak c.q. vergoeding vervalt wanneer u en/of een bij de aanspraak c.q. vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op aanspraak c.q. vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven..

Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij;

- a. aangifte doen bij de politie;
- b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen en u pas 5 jaar na beëindiging een nieuwe verzekeringsovereenkomst kunt sluiten;
- c. registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;

- d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

H3 Product voorwaarden

Ziektekostenverzekering

ARTIKEL 18 *Zorgbemiddeling*

lid 1 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd, heeft de verzekerde aanspraak op zorgbemiddeling. Daarnaast heeft de verzekerde desgevraagd recht op zorgbemiddeling voor restitutie aanspraken die op basis van deze polis worden vergoed.

Gecontracteerde zorg:

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- a. het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vastgestelde (maximum-)tarief;
- b. indien en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal 100% van het door Achmea gecontracteerde tarief.

Niet gecontracteerde zorg:

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- a. het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vastgestelde (maximum-)tarief;
- b. indien en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal 100% van het in Nederland geldende marktconform bedrag.

Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden. Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

lid 2 Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de ziektekostenverzekering gehouden is, wordt verzekerde geacht aan zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het voor verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

H4 Geneeskundige zorg

ARTIKEL 19 *Huisartsenzorg*

U heeft aanspraak op geneeskundige zorg verleend door een huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

De aanspraak omvat ook röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

ARTIKEL 20 *Ketenzorg*

U heeft aanspraak op ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder) en COPD als wij hierover met een zorggroep afspraken hebben gemaakt. Ketenzorg is een zorgprogramma voor een specifieke chronische aandoening zoals COPD of diabetes mellitus type 2 waar meerdere zorgverleners uit verschillende disciplines aan deelnemen.

Als u geen gebruik maakt van ketenzorg via een door ons gecontracteerde zorggroep, heeft u alleen recht op vergoeding van zorg voor diabetes mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder) en COPD zoals huisartsen, diëtisten en medisch specialisten die plegen te bieden. De zorg wordt dan vergoed conform de artikelen 19 (Huisartsenzorg), 21 lid 10 (Medisch specialistische zorg (poliklinisch), 21 lid 11 (Medisch specialistische zorg (extramuraal), 31 lid 6 (Dieetadvisering) van deze polis. Bij diabetes mellitus type 2 heeft u eveneens recht op voetzorg conform artikel 42 (Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus) van deze polis.

De door ons gecontracteerde zorggroepen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

De zorgonderdelen die deel uit maken van de ketenzorg moeten voldoen aan de zorgstandaard Diabetes mellitus of de zorgstandaard COPD.

ARTIKEL 21 *Medisch specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)*

lid 1

Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts (of bedrijfsarts, arts voor de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist). Dit geldt niet voor acute zorg. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden.

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 32.

lid 2 Ziekenhuisopname:

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

- verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;
 - medisch specialistische zorg;
 - de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.
- De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorwezen door een triage-audicien.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie moet u ons ten minste drie weken voor de ziekenhuisopname om toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige of een andere medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 39 lid 3 (Psychiatrische ziekenhuisopname) van toepassing.

lid 3 Niet-klinische medisch-specialistische zorg:

Ziekenhuis toegelaten instelling:

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Ook de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zelfstandig behandelcentrum:

Wij vergoeden bij behandeling in een zelfstandig behandelcentrum de kosten van:

- verpleging en verzorging;
- medisch specialistische zorg;

- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige zorg in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorwezen door een triage-audicien.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons tenminste drie weken voor de dagbehandeling om toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige of een andere medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.

Huispraktijk/medisch specialist:

Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch specialist. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Ook de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

lid 4

Plastische chirurgie:

U heeft aanspraak op vergoeding van kosten van chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist wanneer de behandeling leidt tot correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij een geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de buikwand (het abdominoplastiek), als er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooiën of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (hiervan is sprake indien het buikschort minimaal een kwart van de bovenbenen bedekt);

- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard) bij een door ons gecontracteerde zorgverlener.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden niet de kosten van behandeling voor het operatief plaatsen en het operatief vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie, het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak, liposuctie van de buik, behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

lid 5

Telemonitoring:

Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van het gebruik van apparatuur voor telemonitoring en de daarbij behorende begeleiding voor verzekerden met chronisch hartfalen. De begeleiding moet verzorgd worden onder supervisie van de behandelend cardioloog.

lid 6

In Vitro Fertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, invriezen van sperma en eicelvitricatie:

a. IVF

U heeft aanspraak op de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren doorgaande zwangerschap inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen, zolang u de leeftijd van 43 jaar nog niet heeft bereikt.

Een poging omvat maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende vier fasen:

1. rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
2. de follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen);
3. bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium;
4. de terugplaatsing van een of twee ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde een zwangerschap te doen ontstaan. Daarbij geldt dat bij de eerste en tweede poging, slechts één embryo mag worden teruggeplaatst, als u de leeftijd van 38 jaar nog niet heeft bereikt.

Een poging gaat pas als een poging tellen indien er een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Alleen pogingen die zijn afgebroken voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap tellen mee voor het aantal pogingen. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan.

Voorwaarden

- De IVF-behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.

- Aan uw aanvraag moet een medische verklaring ten grondslag liggen.
 - Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
 - Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-poging.
 - Bij een fysiologische (spontane) zwangerschap wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van ten minste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie.
 - Bij een zwangerschap na een IVF-behandeling wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van ten minste tien weken te rekenen vanaf de follikelpunctie of, indien de IVF heeft plaatsgevonden doormiddel van het terugplaatsen van ingevroren embryo's, een zwangerschap van ten minste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.
 - Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen van toepassing zijn. Deze kunt u vinden op onze website.
- b. Overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen
U heeft aanspraak op overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, zolang u de leeftijd van 43 jaar nog niet heeft bereikt.
Voorwaarden
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
 - Aan uw aanvraag moet een medische verklaring ten grondslag liggen.
 - U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de toegepaste geneesmiddelen, als u de geneesmiddelen krijgt voorgeschreven voor een andere vruchtbaarheidsbevorderende behandeling dan de vierde en volgende IVF-behandeling.
 - Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen van toepassing zijn. Deze kunt u vinden op onze website.
- c. Invriezen van sperma
U heeft aanspraak op het verzamelen, invriezen en bewaren van sperma als onderdeel van medisch specialistische behandelingen als deze behandelingen onbedoeld infertiliteit tot gevolg kunnen hebben.
Voorwaarde
De zorg is onderdeel van een medisch specialistisch oncologisch zorgtraject (of niet oncologische vergelijkbare behandeling) dat het volgende omvat:
- een grote operatie aan/om de geslachtsdelen;
 - een chemotherapeutische behandeling en/of een radiotherapeutische behandeling waarbij de geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen.
- d. Vitrificatie van humane eicellen en embryo's
U heeft aanspraak op vitrificatie (invriezen) van humane eicellen en embryo's

bij de volgende medische indicaties:

- behandelingen met chemotherapeutica die een risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis met zich meebrengen.
- radiotherapeutische behandelingen waarbij de ovaria in het stralingsveld liggen en permanente schade kunnen oplopen.
- operatieve behandelingen waarbij op medische indicatie beide ovaria of grote delen daarvan moeten worden verwijderd.

Daarnaast zijn er nog een aantal additionele indicaties benoemd die óf samenhangen met kenmerken van de vrouwelijke fertiliteit (medische indicatie) óf met doelmatigheidsoverwegingen, namelijk:

- additionele medische indicatie:
 - bij vrouwen met Fragiele X syndroom, Turner syndroom (XO) of galactosemie omdat zij een aantoonbaar verhoogd risico op premature ovarieële insufficiëntie (POI) (vóór de 40ste verjaardag) hebben.
- IVF-gebonden indicaties:
 - tijdens het verloop van een IVF poging (mits deze poging op zich onder de basisverzekering valt):
 - bij onverwacht ontbreken van semen van voldoende kwaliteit;
 - invriezen van eicellen in plaats van invriezen van embryo's.

Bij medische indicaties omvat de aanspraak de volgende onderdelen van de behandeling:

- follikelstimulatie;
- eicelpunctie;
- vitrificatie van eicellen.

Bij de indicaties die samenhangen met het verloop van een IVF poging omvat de aanspraak alleen het vitrificeren van eicellen.

Voor het tot stand laten komen van een zwangerschap na ontdooiing van ingevroren eicellen bent u aangewezen op de fasen c en d van een IVF-behandeling, zoals beschreven in lid a. (IVF). Daarbij geldt dat u op het moment van terugplaatsing de leeftijd van 43 jaar nog niet mag hebben bereikt.

Voorwaarden

- De vitrificatie moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Wij moeten u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Bij de vrouwelijke verzekerde wordt op basis van de genoemde indicaties vitrificatie vergoed tot en met de leeftijd van 42 jaar.
- Voor het gebruik van de benodigde geneesmiddelen geldt dat de door ons vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen van toepassing zijn. Deze kunt u vinden op onze website.

lid 7 Uitgesloten behandelingen:

In aanvulling op het bepaalde in artikel 21 lid 4 bestaat geen aanspraak op de vergoeding van kosten voor:

- behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- behandelingen tegen snurken;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de circumcisie van de verzekerde (mannelijke besnijdenis).

Op de hierboven genoemde vergoeding voor medisch-specialistische zorg kan conform artikel 2.2. Besluit zorgverzekering een bedrag in mindering worden gebracht indien de zorgverlener een hoger bedrag in rekening brengt dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

lid 8 Verpleging (extramuraal) buiten het ziekenhuis:

In plaats van de in artikel 21 lid 2 (Medisch Specialistische zorg - Ziekenhuisopname) artikel 21 lid 3 (Medisch Specialistische zorg - Niet-klinische medisch-specialistische zorg), artikel 25 (Niet-klinische dialyse) en artikel 39 (Specialistische GGZ) bedoelde verpleging in een intramurale instelling, heeft u ook in de thuissituatie aanspraak op de verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. Het gaat hierbij om voorbehouden handelingen, die in opdracht van een medisch specialist worden uitgevoerd, en activiteiten waarover de specialist de directe regie voert en/of noodzakelijke instructie en voorlichting die direct verband houdt met de medisch specialistische behandeling.

Voorwaarde

U moet nog onder behandeling staan van de medisch specialist.

Uitsluiting

U heeft geen aanspraak op verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve zorg.

lid 9 Second Opinion:

Wij vergoeden de kosten van een second opinion. Een second opinion is het vragen van een beoordeling van een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste behandelaar. Het oordeel of advies kan zowel door u als door de behandelend arts worden gevraagd.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door uw behandelaar. Dit kan een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut zijn.

- De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van u, zoals deze al besproken is met de eerste behandelaar.
- U dient met de second opinion terug te keren naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.
- U moet een kopie van het medisch dossier van de eerste behandelaar kunnen overleggen tijdens de second opinion bij de tweede behandelaar.
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer de diagnostiek of behandeling onder de voorwaarden van deze basisverzekering valt.

lid 10 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook:

de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn zoals opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2017 ook:

- behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie als de indicatie en behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie (IAT) als de indicatie en de behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN).

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorwezen door een triage-audicien.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 39 lid 4 (Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Tweedelijns GGZ)) van toepassing.

lid 11 Medisch specialistische zorg (extramuraal)

Wij vergoeden de kosten van de behandeling van een extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of

zelfstandig behandelcentrum.

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische zorg;
- de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook:

de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn zoals opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2017 ook:

- behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie als de indicatie en behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolyse (IAT) als de indicatie en de behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN).

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.
- Voor de KNO-arts mag u ook zijn doorwezen door een triage-audicien.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 39 lid 4 Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Tweedelijns GGZ) van toepassing.

ARTIKEL 22 *Bevalling en verloskundige zorg, Kraamzorg en Prenatale screening*

lid 1 Met medische noodzaak

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van:

- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts. Voor de verloskundige zorg door een verloskundige in een ziekenhuis geldt dat dit onder verantwoordelijkheid gebeurt van een medisch specialist;
- het gebruik van de verloskamer, wanneer de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).

De omvang van de te verlenen zorg door een verloskundige wordt begrensd door hetgeen verloskundigen als zorg plegen te bieden.

lid 2 Zonder medische noodzaak

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van:

- het gebruik van de verloskamer, wanneer er geen medische indicatie voor bevalling in een ziekenhuis of geboortecentrum bestaat. Voor het gebruik van de verloskamer geldt een wettelijke eigen bijdrage;
- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

De omvang van de te verlenen zorg door een verloskundige wordt begrensd door hetgeen verloskundigen als zorg plegen te bieden.

lid 3 Kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van kraamzorg:

- thuis of in een geboorte- of kraamcentrum. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,- per uur.
- De omvang van de kraamzorg hangt samen met uw persoonlijke situatie na de bevalling en wordt door het geboorte- of kraamcentrum in goed overleg met u, conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, vastgesteld. Een toelichting op dit protocol kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- in het ziekenhuis. Als u zonder medische indicatie in het ziekenhuis bevalt, geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 16,- per opnamedag, vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 114,50 per dag te boven gaat. U krijgt maximaal 10 dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

lid 4 Prenatale screening

Voor alle hierna genoemde onderdelen van prenatale screening geldt dat de zorgverlener die het uitvoert in het bezit moet zijn van een WBO-vergunning of een samenwerkingsverband moet hebben met een regionaal centrum met een WBO-vergunning, tenzij er sprake is van een medische indicatie.

a. Counseling

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op counseling waarbij wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt.

b. Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op het structureel echoscopisch onderzoek, ook wel de 20 weken echo genoemd.

c. Combinatietest

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op de combinatietest (nekplooiemeting in combinatie met een bloedonderzoek) naar aangeboren afwijkingen in het eerste trimester van de zwangerschap. De aanspraak geldt voor vrouwelijke verzekerden:

- van 36 jaar of ouder;
- jonger dan 36 jaar die zijn doorverwezen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist.

H5 Overige medisch specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)

ARTIKEL 23 *Revalidatie*

lid 1 Medisch specialistische revalidatie

Wij vergoeden de kosten van medisch specialistische revalidatie, maar uitsluitend als:

- deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;
- u met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname. U heeft bij revalidatie in een klinische situatie, recht op vergoeding van de kosten voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen tellen ook mee de overige opnames in (psychiatrische) ziekenhuizen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
- in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.

lid 2 Geriatrische revalidatie

Wij vergoeden de kosten van geriatrische revalidatie. Deze zorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van u, zodat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg als:

- de zorg aansluit op verblijf in een ziekenhuis (als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit Zorgverzekering) in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is

gegaan aan een verblijf in een verpleeghuis (als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ) gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 8 van dat besluit in dezelfde instelling, en

- de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit Zorgverzekering.

Voorwaarden

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.

De duur van de geriatrische revalidatie bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

ARTIKEL 24 *Orgaantransplantaties*

U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van:

- transplantatie in een ziekenhuis van weefsels en organen indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is;
- de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor; het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- transplantatie in een zelfstandig behandelcentrum indien dit op grond van wet- en regelgeving is toegestaan.

De donor heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- zorg, waarop volgens deze polis aanspraak bestaat, gedurende ten hoogste 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen en uitsluitend wanneer de verleende zorg verband houdt met die opname;
- het vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – wanneer en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige zin;
- het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en de overige transplantatie kosten, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeelde inkomsten.

Voorwaarde

Wij moeten u bij een hiervoor niet door ons gecontracteerd ziekenhuis vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. De door ons gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

ARTIKEL 25 *Niet-klinische dialyse*

Wij vergoeden de kosten van dialyse in een ziekenhuis, dialysecentrum of bij u thuis al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging, de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van u en van personen die bij het uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

Daarnaast vergoeden wij bij thuisdialyse:

- de kosten die verband houden met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen) en van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover wij die kosten redelijk achten en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover wij die kosten redelijk achten en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voorwaarde

U moet bij thuisdialyse vooraf een begroting van de kosten overleggen.

ARTIKEL 26 *Mechanische beademing*

U heeft aanspraak op noodzakelijke mechanische beademing en de hiermee verband houdende medisch specialistische zorg in een beademingscentrum. Als de beademing vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum bij u thuis plaatsvindt bestaat de zorg uit:

- het door het beademingscentrum voor elke behandeling gebruiksklaar ter beschikking stellen van de daarvoor benodigde apparatuur;
- de met de mechanische beademing verband houdende medisch specialistische en de daarbij toegepaste farmaceutische zorg te verlenen door of vanwege een beademingscentrum.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een longarts..

ARTIKEL 27 *Oncologieonderzoek bij kinderen*

U heeft aanspraak op de door Skion (Stichting Kinderoncologie Nederland) uitgevoerde centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

ARTIKEL 28 *Trombosedienst*

U heeft aanspraak op zorg door de trombosedienst. De zorg omvat:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters;
- het verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombose-dienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed;
- het aan u ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kan meten;
- het opleiden van uzelf in het gebruik van de in de vorige zin bedoelde apparatuur en het begeleiden van u bij uw metingen;
- het geven van adviezen aan u omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist.

ARTIKEL 29 *Erfelijkheidsonderzoek en -advisering*

U heeft aanspraak op erfelijkheidsonderzoek en -advisering in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
- chromosoomonderzoek;
- biochemische diagnostiek;
- ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Wanneer noodzakelijk voor het advies aan u zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan uzelf. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts of verloskundige.

ARTIKEL 30 *Audiologisch centrum*

U heeft aanspraak op zorg in een audiologisch centrum. De zorg omvat:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;

- psychosociale zorg wanneer noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen, door een tot dat doel door ons gecontracteerd audiologisch centrum. De door ons gecontracteerde audiologische centra kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts, keel-, neus- en oorarts, triage-audicien, specialist ouderengeneeskunde of arts voor de jeugdgezondheidszorg.

ARTIKEL 31 *Paramedische zorg*

lid 1 Paramedische zorg:

De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadvisering. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

Fysiotherapie en oefentherapie

Let op! Met chronische aandoeningen bedoelen wij de aandoeningen die op de zogenaamde 'Chronische lijst' (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering) staan vermeld. De overheid heeft deze 'Chronische lijst' opgesteld. De naam van deze lijst doet denken dat alle aandoeningen die chronisch zijn hierop staan, dit is echter niet het geval! Daarnaast staan ook niet-chronische aandoeningen op deze lijst. Wilt u weten of uw aandoening op deze lijst voorkomt dan kunt u dit aan uw fysiotherapeut vragen. Deze lijst kunt u tevens op fbto.nl vinden en heet: lijst Borst. U kunt bij vragen ook contact met ons opnemen.

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Bij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en het onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTF of DTO kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op fbto.nl of bij ons opvragen.

lid 2a Chronische aandoeningen

Wij vergoeden per aandoening de kosten van de 21e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van de lijst Borst en kunt u downloaden vanaf onze

website of bij ons opvragen. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar vergoeden wij tevens de kosten van de eerste 20 behandelingen. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij een lager tarief. Voor het exacte tarief verwijzen wij u naar de Tarievenlijst Paramedische Zorg op onze website. De door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform de Tarievenlijst Paramedische Zorg op onze website.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie vanuit de basisverzekering.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde huidtherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde huidtherapeut. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van een individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet-nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Wij vergoeden niet de kosten van de door de fysiotherapeut of oefentherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

lid 2b Niet-chronische aandoeningen

Voor verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij de kosten van 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar door een fysiotherapeut of oefentherapeut. Als u na deze 9 behandelingen nog steeds last heeft van de aandoening vergoeden wij, als dit medisch noodzakelijk is, maximaal 9 extra behandelingen; het totaal komt dan op maximaal 18 behandelingen. De omvang van de te verlenen zorg wordt

begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefen-therapeut vergoeden wij een lager tarief. Voor het exacte tarief verwijzen wij u naar de Tarievenlijst Paramedische Zorg op onze website. De door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform de Tarievenlijst Paramedische Zorg op onze website.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing. Bij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefen-therapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en het onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Bij DTF door een PlusPraktijk geldt de screening en de intake en het onderzoek na deze screening echter slechts als 1 behandeling. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTF of DTO kan dus nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde huidtherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde huidtherapeut. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van een individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten

reguliere werktijden; niet nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

- Wij vergoeden niet de kosten van de door de fysiotherapeut of oefentherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

lid 3 Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie

Wij vergoeden éénmaal per indicatie de kosten van de eerste 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut bij urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar of ouder. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde bekkenfysiotherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde bekkenfysiotherapeut. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform de Tarievenlijst Paramedische Zorg op onze website.

Voorwaarde

U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie vanuit de basisverzekering.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van zwangerschaps- en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.
- Wij vergoeden niet de kosten van de door de bekkenfysiotherapeut verstrekte verband- en hulpmiddelen.

lid 4 Ergotherapie

Wij vergoeden de kosten van 10 uur advisering, instructie, training of behandeling per kalenderjaar door een ergotherapeut met als doel uw zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen ergotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde ergotherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde ergotherapeut. De door ons gecontracteerde ergotherapeuten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde ergotherapeut vergoeden wij conform de Tarievenlijst Paramedische Zorg op onze website.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u

recht heeft op vergoeding van de kosten van ergotherapie vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde ergotherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze ergotherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTE (Directe Toegang Ergotherapie) kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons gecontracteerde ergotherapeuten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

lid 5

Logopedie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een logopedist voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde logopedist vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde logopedist. De door ons gecontracteerde logopedisten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde logopedisten kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, medisch specialist of tandarts). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van logopedie vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde logopedisten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze logopedisten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTL (Directe Toegang Logopedie) kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons gecontracteerde logopedisten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluitingen

- Onder logopedie wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van

taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid.

- Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

lid 6 Dieetadvisering

Wij vergoeden de kosten van 3 uur dieetadvisering per kalenderjaar door een diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen diëtisten als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde diëtist vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde diëtist. De door ons gecontracteerde diëtisten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde diëtisten kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch specialist). Deze verklaring hebben wij nodig om vast te kunnen stellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van dieetadvisering vanuit de basisverzekering. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde diëtisten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze diëtisten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTD (Directe Toegang Diëtist) kan nooit aan huis plaatsvinden. De hiervoor door ons gecontracteerde diëtisten kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.
- Behandeling op school is enkel toegestaan als wij daarover afspraken hebben gemaakt met de zorgverlener.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende toeslagen; toeslag buiten reguliere werktijden; niet nagekomen afspraak; eenvoudige, korte rapporten danwel meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

ARTIKEL 32 *Mondzorg*

U heeft aanspraak op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden.

lid 1 Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

U heeft aanspraak op de volgende tandheelkundige behandelingen:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;

- het verwijderen van tandsteen;
- maximaal tweemaal per jaar een fluorideapplicatie vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen en wij u vooraf toestemming hebben gegeven;
- sealing;
- parodontale hulp;
- anesthesie;
- endodontische hulp;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- gnathologische hulp;
- uitneembare prothetische voorzieningen;
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, wanneer het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Zij moeten bevoegd zijn voor het uitvoeren van de betreffende behandeling.
- Bij behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing van de tandarts, tandartsspecialist of huisarts nodig.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor fronttandvervangende met een implantaat en de prothetische vervolgbehandeling.
- Het plaatsen van botankers ten behoeve van een orthodontische behandeling wordt alleen vergoed als u toestemming hebt voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 32 lid 7 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen).
- Als zorg nodig is zoals omschreven in artikel 32 lid 5 (Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap), 32 lid 6 (Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen) of 32 lid 7 (Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen) dient een machtiging te worden aangevraagd.

lid 2 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - kaakchirurgie

U heeft aanspraak op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek al dan niet gepaard gaand met verblijf in een ziekenhuis, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg of een andere medisch specialist.
- Als de behandeling wordt uitgevoerd in een ziekenhuis moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor:
 - osteotomie (kaakoperaties) behalve als dit onderdeel is van een gecombineerde chirurgische/orthodontische behandeling waarbij u toestemming heeft voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 32 lid 7 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - plastische chirurgie.
- Extracties onder narcose mogen alleen op zwaarwegende medische gronden.
- Als de behandeling wordt uitgevoerd in een zelfstandig behandelcentrum kaakchirurgie moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor behandelingen onder narcose, kinplastiek als zelfstandige verrichting en plastische chirurgie.
- U heeft alleen aanspraak op ophoging bodem bijholte, kaakverbreding en/of verhoging als de bijbehorende implantaten uit de basisverzekering worden vergoed.
- Het plaatsen van botankers ten behoeve van een orthodontische behandeling wordt alleen vergoed als u toestemming hebt voor vergoeding van de orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 32 lid 7 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen).

De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

lid 3 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)

Wij vergoeden de kosten van vervaardiging en plaatsing van:

- een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak;
- een uitneembare volledige immediaatprothese;
- een uitneembare volledige vervangingsprothese;
- een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen.

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Deze wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor reparatie en rebasen van een volledige immediaatprothese, van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

Wij hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of tandprotheticus.

- Wanneer de prothese binnen 5 jaar of een immediaatprothese binnen een half jaar wordt vervangen moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Gecombineerde boven- en onderprothese
Wanneer de totale kosten die betrekking hebben op een gecombineerde boven- en onderprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 1.400,-, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Het genoemde bedrag is inclusief de maximale techniekkosten.
- Volledige boven- of een volledige onderprothese
Wanneer de totale kosten die betrekking hebben op een volledige boven- of een volledige onderprothese bij vervaardiging en plaatsing hoger zijn dan € 700,- moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Het genoemde bedrag is inclusief de maximale techniekkosten.
Indien de uitneembare volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag waarbij vooraf geen toestemming gevraagd hoeft te worden, € 550,- per onder- cq bovenkaak, en € 1.100,- voor een gecombineerde boven- en onderprothese.

lid 4 Implantaten

a. Implantaten

U heeft aanspraak op tandheelkundige implantaten ten behoeve van een uitneembare volledige prothese wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

Wij hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
 - Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
 - Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
 - Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
 - Er kan ook aanspraak bestaan op implantaten vanuit artikel 32 lid 6 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen.
- b. Uitneembare volledige prothese op implantaten
U heeft aanspraak op een uitneembare volledige prothese op implantaten

wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei- of vormstoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per boven- of onderkaak. Tevens heeft u aanspraak op reparatie en rebasing van uitneembare volledige protheses op implantaten.

Wij hanteren maximum techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak.
- Er kan ook aanspraak bestaan op implantaten vanuit artikel 32 lid 6 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

lid 5 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

U heeft aanspraak op tandheelkundige zorg als u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap hebt en zonder deze zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie welke u zou hebben gehad zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- U heeft alleen aanspraak wanneer geen aanspraak gemaakt kan worden op tandheelkundige verstrekkingen vanuit de AWBZ.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

lid 6 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

U heeft aanspraak op een tandheelkundige behandeling in gevallen waarin:

- u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- u volgens de gevalideerde angstschalen zoals omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp betalen verzekerden vanaf 18 jaar een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien dit artikel niet van toepassing is.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Er kan ook aanspraak bestaan op implantaten vanuit artikel 32 lid 4 Implantaten.

lid 7 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

U heeft aanspraak op orthodontische behandeling bij een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.

Voorwaarden

- U heeft alleen aanspraak als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Voor behandeling in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is een verwijzing nodig van een tandarts, tandarts-specialist of huisarts.
- Voor de behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toe-

stemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan en kostenbegroting. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

ARTIKEL 33 *Farmaceutische zorg*

Wij vergoeden de kosten van farmaceutische zorg, onder de voorwaarden zoals omschreven in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Voor een omschrijving van deze (deel)prestaties verwijzen wij u naar het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Deze kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden de kosten voor terhandstelling, advies en begeleiding van:

- alle bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;
- de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door ons en zijn opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg, indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheekhoudende zonder contract;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd, wanneer het rationele farmacotherapie betreft. Dit zijn geneesmiddelen die:
- door of in opdracht van een apotheekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
- volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet of
- volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Bij levering van farmaceutische zorg door een apotheekhoudende zonder contract vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde apotheekhoudende. De door ons gecontracteerde apotheekhoudenden met een IDEA-contract of een contract met preferentiebeleid kunt u vinden via

de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoeding bij niet-gecontracteerde apothekhoudenden kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

De door Achmea vastgestelde maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten kunt u vinden op onze website. Evenals het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg en de door Achmea aangewezen geregistreerde geneesmiddelen. U kunt de maximale vergoedingen, het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg en de lijst met geregistreerde middelen ook bij ons opvragen.

Voorwaarden geneesmiddelen en dieetpreparaten

- De geneesmiddelen of dieetpreparaten moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- De geneesmiddelen moeten geleverd worden door een apothekhoudende. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen heeft u uitsluitend recht op vergoeding van een niet door Achmea aangewezen geneesmiddel als er sprake is van medische noodzaak. Hieronder wordt verstaan dat de behandeling met het door Achmea aangewezen geneesmiddel medisch niet verantwoord is. De voorschrijver dient dit op het recept aan te geven.
- Wij vergoeden de kosten van dieetpreparaten en de geneesmiddelen waarvoor aanvullende voorwaarden gelden alleen, wanneer is voldaan aan de voorwaarden die wij stellen in de bijlage 'Nadere voorwaarden voor vergoeding' van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg.

Voorwaarden van (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties geldt dat wij aanvullende eisen stellen ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening en/of de randvoorwaarden waaronder de farmaceutische zorg gedeclareerd mag worden. In dat geval vergoeden wij deze (deel)prestaties uitsluitend indien aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg kunt u vinden voor welke (deel)prestaties deze bepaling geldt.

Uitsluitingen

De volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische noodzaak bestaat, zoals beschreven in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg in de bijlage 'Nadere voorwaarden voor vergoeding' onder nummer 64 Anticonceptiva;
- geneesmiddelen en/of advies ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- farmaceutische zorg in de in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;

- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
 - andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorgmiddelen (middelen die zonder recept verkrijgbaar zijn);
 - alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen (voor een beschrijving per (deel)prestatie farmacie, zie het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg);
 - homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.
- Het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

ARTIKEL 34 *Hulpmiddelen*

- lid 1** Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en wettelijke eigen bijdragen). Deze worden afgeleverd door een door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerde leverancier. Indien de verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde leverancier wordt de aanschafprijs van het betreffende hulpmiddel vergoed met in achtneming van de in het Achmea Reglement Hulpmiddelen opgenomen maximumbedragen en/of eigen bijdragen. De verzekerde moet er dan rekening mee houden dat een bedrag voor eigen rekening komt. Voor exacte bedragen verwijzen wij naar fbto.nl.
- In het Achmea Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen.
- Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via fbto.nl en wordt desgevraagd toegezonden.
- lid 2** Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel zijn voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- lid 3** De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
- lid 4** De te vergoeden hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de zorgverzekeraar.
- lid 5** Aanspraak op de vergoeding van kosten van verbandmiddelen bestaat alleen

als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

lid 6 Hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ vallen niet onder de aanspraak op vergoeding van kosten in deze polisvoorwaarden.

lid 7 Conform het Achmea Reglement Hulpmiddelen omvat de vergoeding, in afwijking van artikel 12.1 en bovenstaande, in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen.

Voorwaarde

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 3 van het Achmea Reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet gecontracteerde leveranciers heeft u altijd vooraf toestemming nodig.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing op hulpmiddelen die deel uitmaken van medisch specialistische zorg. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 21 lid 2 (Ziekenhuisopname), 21 lid 3 (Niet-klinische medisch-specialistische zorg) en 21 lid 4 (Plastische chirurgie).

ARTIKEL 35 *Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer:*

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van vervoer:

- per ambulance;
- zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,31 per kilometer bij vervoer per eigen auto bij verzekerden die:
 - nierdialyse ondergaan;
 - oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaan;
 - visueel gehandicapt zijn en zich zonder begeleiding niet kunnen verplaatsen;
 - rolstoelafhankelijk zijn.
- vervoer van een begeleider wanneer begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, taxi of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 95,- per persoon per kalenderjaar. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is volgens de kortst gebruikelijke route, die door FBTO wordt vastgesteld.

Naast de hierboven vermelde criteria is er sprake van een hardheidsclausule. U dient dan in verband met behandeling van een langdurige ziekte of aandoening, langdurig te zijn aangewezen op zittend ziekenvervoer, waarbij het niet verstrekken van dat vervoer voor u leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. Wij bepalen of u hiervoor in aanmerking komt.

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer:

- van en naar een zorgverlener, zorgverlenende instelling waarvan de zorg geheel of gedeeltelijk ten laste van deze basisverzekering komt;
- naar een instelling waar u ten laste van de AWBZ zult verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ onderzoek of een behandeling moet ondergaan;
- vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
- van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning wanneer u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt krijgen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van ambulancevervoer alleen als zittend ziekenvervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- Voor zittend ziekenvervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht hebt op de vergoeding van kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak hebt. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is +31 71 36 54 154 (lokaal tarief). Bereikbaar op werkdagen van 8.00 uur tot 18.00 uur.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw basisverzekering vergoeden of vanuit de AWBZ wordt vergoed.
- Wanneer zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, taxi, eigen auto of ambulance niet mogelijk is, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander middel van vervoer.
- In bijzondere gevallen is begeleiding door twee begeleiders mogelijk. In dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen mag de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedragen, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

ARTIKEL 36 *Uitsluitingen*

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van:

- a. de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- b. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de ministeriële Regeling anders is bepaald;
- c. van keuringen, grieprikken, behandeling tegen snurken, behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose met een redressiehelm, behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan

en het afgeven van doktersverklaringen, tenzij in een van de verzekeringen uitdrukkelijk vermeld staat dat wij deze wel vergoeden;

- d. alternatieve geneeswijzen;
- e. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan zesendertig jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;
- f. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgas ter zake van verloskundige zorg;
- g. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- h. farmaceutische zorg in de in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- i. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- j. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet;
- k. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- l. de kosten als gevolg van niet nagekomen afspraken en door u niet afgehaalde hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten (ongeacht of het verzoek tot levering door u of door de voorschrijver bij de zorgverlener is ingediend);
- m. van zorg die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft);
- n. als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht (Wft) van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

De exacte definities en bepalingen ten aanzien van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het clauseblad terrorismedekking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet een aanvullende bijdrage aan ons ter beschikking wordt gesteld, heeft u in aanvulling op het eerder genoemde vermelde, recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

- o. Wij vergoeden niet de kosten van:
 - behandelingen die zijn uitgevoerd door uzelf ten laste van uw verzekering
Voor een behandeling door uw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad van u (verzekerde) dienen wij u vooraf toestemming te geven, als u deze behandeling ook bij ons wilt declareren.
- p. van laboratorium- en/of röntgenonderzoek aangevraagd door een huisarts of medisch specialist in de hoedanigheid van alternatief/complementair arts.

ARTIKEL 37 *Dyslexiezorg*

Wij vergoeden de kosten van diagnose en behandeling van ernstige dyslexie bij kinderen die basisonderwijs volgen en bij wie de zorg op 7, 8, 9, 10, 11 en 12 jarige leeftijd aanvangt. De zorg dient te worden uitgevoerd door een gespecialiseerde instelling voor hulpverlening bij dyslexie waar gewerkt wordt op basis van multidisciplinaire samenwerking onder eindverantwoordelijkheid van een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist die op grond van de voor hun beroep geldende en geëxpliceerde standaarden bekwaam zijn voor diagnostiek en behandeling van ernstige dyslectici in de zorg. Bij deze multidisciplinaire samenwerking dienen de Richtlijnen multidisciplinaire samenwerking Diagnostiek en behandeling ernstige dyslexie, zoals opgesteld door de beroepsverenigingen NIP, NVO, LBRT en NVLF, te worden gevolgd.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden alleen de kosten van het stellen van de diagnose wanneer u bent doorverwezen door de school die hieraan voorafgaand met de verzekerde het Protocol Leesproblemen en Dyslexie heeft doorlopen en op basis hiervan het vermoeden heeft dat er sprake is van ernstige dyslexie, zonder dat er sprake is van andere lees- en spellingsproblemen waarvoor al een behandeltraject via GGZ of gemeente bestaat.
- Om daarnaast voor vergoeding van de behandelingen in aanmerking te komen dient er in het diagnostisch onderzoek ernstige dyslexie, niet deel uitmakende van complexe problematiek, te worden vastgesteld conform de criteria van het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling en dienen de behandelingen volgens dit protocol te geschieden. Het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

ARTIKEL 38 *Eerstelijnspsychologische zorg*

Wij vergoeden de kosten van diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog en/of orthopedagoog-generalist en/of seksuologisch hulpverlener en/of kinder- en jeugdpsycholoog. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

De zorg omvat ten hoogste vijf zittingen (van maximaal één uur) eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 20,- per zitting. De zorg kan ook gegeven worden in halve of kwart zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is. Er wordt maximaal één prestatie per verzekerde per dag vergoed. Uitgezonderd hiervan zijn telefonische consulten, e-mailconsulten en dubbele consulten. Voor telefonische- en e-mailconsulten geldt dat zij in combinatie met een andere prestatie gedeclareerd kunnen worden. Bij dubbele consulten kunnen tot twee zittingen per dag gedeclareerd worden. Eerstelijnspsychologische zorg kan ook worden verleend via internet door middel van programma's die wij hebben erkend. Een overzicht met de door ons erkende internetprogramma's en de voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor deze internetprogramma's geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 50,- per programma.

Voorwaarden

- U moet, met uitzondering van het internetprogramma 'Kleurjeleven.nl', zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of een arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.
- De orthopedagoog-generalist behandelt uitsluitend kinderen en jeugdigen tot 18 jaar.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van (ortho)pedagogische hulp, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter.
- Wij vergoeden niet de kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen.

ARTIKEL 39 *Specialistische GGZ*

- lid 1**
- a. Voor de specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, arts voor de jeugdgezondheidszorg of een indicatie hebben van het Bureau Jeugdzorg. Dit geldt niet voor acute zorg.
 - b. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

lid 2 De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerstelijns psychologische zorg genoemd in artikel 38.

lid 3 Psychiatrische ziekenhuisopname:

Wij vergoeden de kosten van opname in een GGZ-instelling (zoals een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) gedurende ten hoogste 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en niet psychiatrische ziekenhuisopname. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg conform artikel 39 lid 4 Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Tweedelijns GGZ).
- het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden

- U moet voor opname in een GGZ-instelling (zoals een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van verblijf verband houdende met de behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen.

lid 4

Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Tweedelijns GGZ):

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut of klinisch psycholoog.

Wij vergoeden de kosten van:

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg;
- de met de behandeling gepaard gaande verpleging;
- de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Als de behandeling plaatsvindt in een GGZ-instelling, dan dient dat onder verantwoordelijkheid van een psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog plaats te vinden (hoofdbehandelaar).

Voorwaarden

- U moet voor de specialistische geestelijke gezondheidszorg zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen en hulp bij werk- en relatieproblemen.

ARTIKEL 40 *Zorg bij stoppen met roken programma*

Wij vergoeden maximaal eenmaal per kalenderjaar de kosten van een stoppen-met-roken-programma met als doel te stoppen met roken.

Het stoppen-met-roken-programma bestaat uit geneeskundige en farmacotherapeutische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering met als doel te stoppen met roken, zoals huisartsen, medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden.

Wanneer u een programma volgt bij een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een hiervoor gecontracteerde zorgverlener. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialist of

verloskundige.

- Farmacotherapie met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline en bupropion en varenicline wordt uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.

ARTIKEL 41 *Astma Centrum in Davos (Zwitserland)*

U heeft aanspraak op behandeling in het Nederlands Astma Centrum in Davos.

Voorwaarden

- Een soortgelijke behandeling heeft in Nederland zonder succes plaatsgehad en wij achten de behandeling in Davos doelmatig.
- U moet zijn doorverwezen door een longarts of kinderarts.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

ARTIKEL 42 *Voetzorg voor verzekerden met Diabetes Mellitus*

Wij vergoeden aan verzekerden met diabetes de kosten van voetonderzoek en behandeling, bij een matig verhoogd of hoog risico op ulcera, zoals vastgelegd in de zorgprofielen van de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVVP) en Provoet en voor zover deze valt binnen de basisverzekering, door een podotherapeut of pedicure.

Voorwaarden

- Als de behandeling wordt uitgevoerd door een pedicure, stellen wij de volgende eisen:
 - De pedicure moet, met de kwalificatie Diabetische Voet (DV) of als medisch pedicure, geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert;
 - Als het gaat om een (pedicure) chiropedist of een pedicure in de zorg, dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- U moet bij behandeling in verband met diabetische voeten (classificatie Simm's 1 en hoger) eenmalig een medische indicatie van de huisarts, een medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen;
- Op de nota moet de zorgverlener het type diabetes (1 of 2) en de Simm's classificatie vermelden. Tevens dient op de nota zichtbaar te zijn dat een pedicure ingeschreven staat in het register van ProCert of in het RPV.

Uitsluitingen:

- Wij vergoeden niet de kosten van voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure aan verzekerden met diabetes mellitus type 2 die aanspraak hebben op ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 waar de voetbehandeling in is opgenomen artikel 20 (Keten zorg).
- Wij vergoeden niet de kosten van hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Vergoeding is eventueel mogelijk onder de dekking van artikel 34 (Hulpmiddelen).

Premiebijlage

Grondslag van de premie

De Grondslag van de premie (genoemd in artikel 7 lid 3) voor 2012 kunt u raadplegen op fbto.nl.

Kortingen bij vrijwillig gekozen eigen risico

In de tabel ziet u de kortingen op de premie voor de verschillende vrijwillige eigen risico's (artikel 10 lid 3). Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan bestaat uw totale eigen risico uit het verplichte eigen risico van € 350,- plus het door u gekozen vrijwillig eigen risico (dus maximaal € 350,- + € 500,- = € 850,-)

Vrijwillig eigen risico	Premiekorting per jaar
€ 100,-	€ 50,-
€ 200,-	€ 100,-
€ 300,-	€ 150,-
€ 400,-	€ 200,-
€ 500,-	€ 250,-

Meer weten?

U kunt op verschillende manieren extra informatie aanvragen of uw vraag stellen.

Internet **fbto.nl**

E-mail **info@fbto.nl**

Telefoon **(058) 234 56 78**

De verzekeringsvoorwaarden geven de rechten en verplichtingen weer. Als u niet tevreden bent over de polis, heeft u de mogelijkheid de verzekeringsovereenkomst zonder opgaaf van redenen binnen veertien dagen na ingangsdatum te beëindigen. Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij FBTO, afdeling Relatiebeheer, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden.

FBTO is een handelsnaam van FBTO Zorgverzekeringen N.V., Kv.K. 30208631 en van Achmea Zorgverzekeringen N.V., Kv.K. 28080300, geregistreerd bij de AFM.