

Voorwaarden Zorg basisverzekering

1 januari 2014

Wat vindt u waar?

Deze voorwaarden zijn als volgt ingedeeld:	Blz.
Inhoudsopgave:	
Contact	P. 4
Hoe te handelen	P. 6
Algemene voorwaarden FBTO Zorg Basisverzekering artikel 1 – 20	P. 13
Begripsbepalingen FBTO Zorg Basisverzekering artikel 21	P. 39
Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering artikel 1 – 42	P. 45
Bijlagen	
Clauseblad Terrorismedekking bij de NHT	P. 102

Contact

Hieronder leest u hoe u ons snel en eenvoudig bereikt. U kunt ons een e-mail, brief of fax sturen of natuurlijk gewoon bellen. Daarnaast kunt u veel via onze website regelen, zoals informatie opvragen en wijzigingen doorgeven.

Let op! Stuurt u ons een brief, e-mail, fax of nota? Vermeld dan altijd het burgerservicenummer van de betrokken verzekerde.

Telefoon: (058) 234 56 78

Heeft u een vraag of wilt u iets doorgeven? Bel dan een van onze medewerkers van FBTO Zorg. Zij zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 21.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 14.00 uur op telefoonnummer (058) 234 56 78.

FBTO Alarmcentrale: +31 58 234 56 50

Wordt u in het buitenland geconfronteerd met een situatie waarbij u hulp nodig heeft? Neem dan zo snel mogelijk contact op met de FBTO Alarmcentrale: +31 58 234 56 50.

Fax:

U kunt ons ook faxen. Stuur uw fax met vragen over:

- offertes naar (058) 234 55 54;
- polis en/of premienota naar (058) 234 53 64;
- vergoedingen naar (058) 234 51 84.

Onze website:

Op fbto.nl vindt u meer informatie over onze verzekeringen. Wilt u uw persoonsgegevens of verzekeringen wijzigen? Log dan via fbto.nl in op MijnFBTO.

Adres:

Wilt u een brief sturen of nota's indienen? Stuur deze dan naar:

FBTO

Postbus 318

8901 BC LEEUWARDEN

Hoe u uw nota's precies indient, leest u op de volgende pagina onder 'Hoe te handelen'.

E-mail:

Naar welk e-mailadres u het beste kunt mailen, hangt af van wat u wilt vragen of indienen. Hieronder ziet u een overzicht van onderwerpen en het bijbehorende e-mailadres.

Onderwerp	Mailt u naar
Vragen over offertes	verkoop.zorg@fbto.nl
<ul style="list-style-type: none"> - Vragen over uw polis of premienota - Wijzigingen doorgeven 	administratie.zorg@fbto.nl
Vragen over vergoedingen of afwikkeling van (ingediende) nota's	uitkeringen.zorg@fbto.nl
<ul style="list-style-type: none"> - Vragen over vergoedingen waarvoor u vooraf toestemming nodig heeft - Vragen over zorgbemiddeling, zorggarantie en ziekenhuisnota's 	zorg.machtigingen@fbto.nl
Vragen over acceptatie	acceptatie.zorg@fbto.nl
Vragen over zorgverleners	info.zorgverleners@fbto.nl

Hoe te handelen

Uw zorgkostennota's declareren

Welke nota's kunt u indienen?

Alleen de oorspronkelijke nota's (dus geen herinneringsnota's) komen voor vergoeding in aanmerking. Is uw nota ouder dan 12 maanden? Dan krijgt u in sommige gevallen een lagere vergoeding (zie hiervoor artikel 5.5 van de Algemene Voorwaarden). Daarnaast mag uw nota niet ouder zijn dan 36 maanden gerekend vanaf de behandeldatum en/of de datum voor levering van de zorg. Deze nota's nemen wij niet in behandeling.

Stuur al uw nota's in

Vanuit de Zorgverzekeringswet bent u verplicht het eerste deel van uw zorgkosten zelf te betalen. Dit is het verplicht eigen risico. Daarom is het belangrijk dat u al uw zorgkostennota's bij ons indient, dan zien we hoeveel zorgkosten u al zelf heeft betaald. Dit geldt ook als u een vrijwillig eigen risico heeft gekozen.

U ontvangt uw nota niet terug

FBTO stuurt geen nota's retour. Maak dus een kopie voor uw eigen administratie, voordat u de nota's opstuurt.

Hoe declareert u uw nota's digitaal?

Maakt u gebruik van MijnFBTO? Dan kunt u uw nota's snel en eenvoudig online indienen. Doorloop hiervoor de volgende stappen:

- Stap 1 U scant of fotografeert de nota die u wilt declareren en slaat deze op.
- Stap 2 Ga dan naar MijnFBTO op fbto.nl en log in met uw gegevens.
- Stap 3 Vervolgens kunt u een of meer nota's van uw zorgverlener uploaden (klik hiervoor op 'Bladeren'). Controleer altijd eerst of de nota goed leesbaar is, voordat u deze uploadt.
- Stap 4 Na het uploaden geeft u aan wie wij de nota ('s) betalen, aan u of aan uw zorgverlener. Maakt u geen keuze? Dan maken wij het geld aan u over. Indien u ons verzoekt de nota ('s) rechtstreeks aan de zorgverlener te betalen, kan het voorkomen dat wij de nota ('s) 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 5 Vervolgens verstuurt u de nota. U krijgt direct een melding of uw nota succesvol is verstuurd. U ontvangt bovendien een e-mail ter bevestiging.

U ontvangt de vergoeding binnen 7 werkdagen

FBTO verwerkt uw nota binnen 2 werkdagen nadat we deze ontvangen hebben. De vergoeding staat binnen 7 werkdagen op uw bankrekening. Of uw zorgverlener ontvangt de vergoeding binnen 7 werkdagen. Is uw nota ouder dan 12 maanden? Dan duurt het langer voordat we uw nota verwerken en de vergoeding aan u of uw zorgverlener uitbetalen.

Bewaar uw oorspronkelijke nota

Heeft u uw nota digitaal bij ons ingediend? Bewaar uw oorspronkelijke nota dan nog minimaal een jaar in uw administratie. Wij kunnen u namelijk vragen om de ingediende nota alsnog per post op te sturen. Wij vragen steekproefsgewijs af en toe een nota op, om te kunnen controleren op eventuele fraude.

Hoe declareert u uw nota's via de post?

Kunt u de nota niet digitaal versturen? Stuur ons dan de oorspronkelijke nota

(dus geen herinneringsnota) via de post. Doorloop hiervoor de volgende stappen:

Stap 1 Schrijf in de rechterbovenhoek van de oorspronkelijke nota het burgerservicenummer van de verzekerde op wie de nota betrekking heeft.

Stap 2 Geef in de rechterbovenhoek ook aan of u de nota 'betaald' of 'niet betaald' heeft.

Zo weten we of we de kosten aan u of aan de zorgverlener moeten betalen. Verzoekt u ons de nota ('s) rechtstreeks aan de zorgverlener te betalen? Dan kan het voorkomen dat wij de nota ('s) 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 Zorg declaratieverwerking

Postbus 318

8901 BC LEEUWARDEN

U ontvangt de vergoeding binnen 10 werkdagen

FBTO verwerkt uw nota binnen 5 werkdagen nadat we deze ontvangen hebben. De vergoeding staat binnen 10 werkdagen na ontvangst op uw bankrekening. Of uw zorgverlener ontvangt de vergoeding binnen 10 werkdagen.

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 7 dagen per week en 24 uur per dag bereikbaar.

Let op: dit telefoonnummer gebruikt u alleen in noodsituaties waarin snelle hulp nodig is. Bijvoorbeeld als u te maken krijgt met een ongeval, ziekenhuisopname of andere nare omstandigheden. In deze gevallen kan de FBTO Alarmcentrale garant staan voor de kosten van uw behandeling.

Is er geen sprake van een noodsituatie? Dan vragen wij u de kosten van de buitenlandse zorgverlener voor te schieten. Bij terugkomst in Nederland kunt u de nota's vervolgens bij ons declareren.

Nota's geneeskundige kosten buitenland

Declareert u kosten van buitenlandse zorgverleners met een notabedrag hoger dan € 200,-? Dan kunnen wij deze rechtstreeks verrekenen met de betrokken instantie. Declaraties lager dan € 200,- betalen we aan u uit.

FBTO heeft overeenkomsten met verschillende zorgverleners in België en Duitsland. Als u gebruikmaakt van deze zorgverleners, betalen wij de nota's rechtstreeks aan de zorgverlener.

Vragenformulier buitenlandse nota's

Declareert u nota's voor zorg die u of de verzekerde heeft gekregen in het buitenland? Schrijf dan op de nota's het burgerservicenummer van de verzekerde waar de nota's betrekking op hebben. Stuur de nota's vervolgens in, samen met het ingevulde vragenformulier. Dit formulier kunt u downloaden op fbto.nl, of bij ons opvragen. Als u de nota's samen met het formulier naar ons toestuurt, kunnen wij uw nota's sneller afhandelen.

Omrekenkoers buitenlandse valuta / buitenlandse nota's

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. 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. Dit moet een rekeningnummer zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Behandelingen met toestemming vooraf

Op basis van de polisvoorwaarden moet u voor een aantal behandelingen of verstrekkingen vooraf toestemming aan ons vragen. De belangrijkste zijn:

- hulpmiddelen;
- prothese duurder dan € 700,- per kaak(deel) of klikgebit;
- maagband;
- bijzondere tandheekkunde (bijvoorbeeld bij implantaten);
- bijzondere orthodontie;
- behandelingen in het buitenland;
- zittend ziekenvervoer.

Deze lijst is niet limitatief. Naast deze 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 Opticiens 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 zes maanden-contract de eerste maand gratis. Deze korting geldt niet in combinatie met andere kortingsregelingen of speciale aanbiedingen.

Sportscholen Achmea Door heel Nederland vindt u de sportscholen van Achmea Health Centers. Met de FBTO Zorg Basisverzekering sport u hier 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 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 Bent u via een gecontracteerd ziekenhuis aangesloten bij Motiva? Dan kunt u met technische vragen over telemonitoring terecht bij de Hartlijn van het Medical Service Center via telefoonnummer 0900 - 42 78 596. Het Medical Service Center is op werkdagen bereikbaar van 8.00 tot 17.00 uur.

Cursus 'Kleur je leven' Deze internetcursus kan u helpen de toekomst positief en met zelfvertrouwen tegemoet te zien. Het programma is ontwikkeld door het Trimbos-instituut en gecertificeerd door het Centrum voor Gezond Leven (RIVM). U volgt de cursus wanneer u maar wilt en in uw eigen tempo. U heeft hiervoor geen verwijzing van een arts nodig. Aanmelden kan op kleurjeleven.nl. Je moet wel een eigen bijdrage van € 50,- per internetbehandeling betalen.

The Coach Program Een hartinfarct of een andere aandoening van de kransslagaders in het hart is een ingrijpende ervaring. 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 gratis advies bij niet-spoedeisende hulp 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. U kunt de Vakantiedokter bellen van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 17.00 uur.

Buiten deze tijden kunt u voor spoedeisende zaken bellen met de FBTO Alarmcentrale op telefoonnummer +31 (0)58 - 234 56 50.

Zorgbemiddeling Wij bemiddelen voor zorg. Met deze unieke service heeft u toegang tot alle topspecialisten en ziekenhuizen uit ons wereldwijde zorg-netwerk. Kiest u voor een medische behandeling in het buitenland? Dan zorgen wij er samen met onze partners voor dat alles geregeld wordt. Dan kunt u zich volledig richten op uw herstel of behandeling. Kijk op fbto.nl/zorgklanten.

FBTO Alarmcentrale Voor spoedeisende zaken kunt u 24 uur per dag bellen met de FBTO Alarmcentrale op telefoonnummer +31 (0)58 - 234 56 50.

Hulpmiddelenlijn Via de Achmea Hulpmiddelenlijn vraagt u personenalarmering aan. Bel: (071) 751 00 77 (lokaal tarief). Dat kan van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 18.00 uur. In het Achmea Reglement Hulpmiddelen kunt u lezen welke hulpmiddelen vergoed worden in de basisverzekering.

Zorg dat u uw burgerservicenummer bij de hand heeft als u belt. Dan kunnen wij u sneller helpen

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 en cardiochirurgie;
- diagnostiek;
- plastische chirurgie (na onze toestemming).

Wilt u meer informatie of zorg aanvragen?
Kijk op fbto.nl/zorgklanten.

WeHelpen.nl WeHelpen.nl is opgezet als een marktplaats met slimme functies om hulp te organiseren, te vragen en te bieden. Ook vindt u hier gerichte informatie voor hulpverleners en hulpbehoevenden. Kijk voor meer informatie op wehelpen.nl.

Basisverzekering en Eigen Risico

[Dit zijn de voorwaarden van uw basisverzekering.](#)

De basisverzekering heet bij ons de FBTO Zorg Basisverzekering, een restitutiepolis met deels gecontracteerde zorg. Dit betekent dat u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg (restitutievergoeding). De FBTO Zorg Basisverzekering kunt u aanvullen met 1 of meerdere aanvullende modules.

De overheid bepaalt de inhoud van de basisverzekering

De overheid stelt de voorwaarden van de basisverzekering vast. Deze worden vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en de daarbij behorende regelgeving. Elke zorgverzekeraar moet zich hier strikt aan houden.

Toestemming nodig?

Bij een aantal vergoedingen staat, dat wij u vooraf toestemming moeten verlenen. U kunt deze toestemming bij ons aanvragen per post of e-mail. Meer informatie over toestemming aanvragen vindt u op onze website.

Voordelen van gecontracteerde zorg

Wij hebben met een groot aantal zorgverleners en zorginstellingen contracten afgesloten. De gecontracteerde zorgverlener stuurt de rekening direct naar ons. U merkt hier dus niets van. De rekening wordt volledig vergoed als u daar volgens de polisvoorwaarden recht op heeft met uitzondering van het verplicht eigen risico en wanneer van toepassing het vrijwillig gekozen eigen risico en de (wettelijke) eigen bijdragen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wilt u zorg van een zorgverlener of zorginstelling met wie of waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u, als u voldoet aan de polisvoorwaarden, recht op een lagere vergoeding dan bij een zorgverlener of zorginstelling die wij wel gecontracteerd hebben. Als dat het geval is staat dit bij de vergoeding vermeld.

Wilt u weten met welke zorgverleners en zorginstellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Verplicht eigen risico

De basisverzekering heeft voor iedereen van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico.

De overheid stelt de hoogte vast van het verplicht eigen risico. U betaalt geen eigen risico voor:

- zorg die wordt vergoed vanuit uw aanvullende module(s);
- zorg van een huisarts;
- zorg voor kinderen tot 18 jaar;
- bruikleenartikelen met uitzondering van onderhouds- en gebruikskosten;
- kraamzorg en verloskundige hulp (geen geneesmiddelen, bloeddrukonderzoeken, vlokentesten of ziekenvervoer);
- ketenzorg;
- nacontrole van de donor.

In artikel 6 van de algemene voorwaarden van de FBTO Ziektekosten Basisverzekering leest u meer over het verplicht eigen risico.

Vrijwillig gekozen eigen risico

Naast het verplicht eigen risico kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Dit betekent dat u uw eigen risico kunt verhogen met € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,-. Uw premie voor de FBTO Zorg Basisverzekering wordt hierdoor lager.

In artikel 7 van de algemene voorwaarden van de FBTO Zorg Basisverzekering leest u meer over het vrijwillig gekozen eigen risico.

Algemene voorwaarden FBTO Zorg Basisverzekering

Algemene voorwaarden

- Artikel 1** Waarop is de basisverzekering gebaseerd?
- Artikel 2** Wat verzekert de basisverzekering (vergoedingen) en voor wie is deze bedoeld?
- Artikel 3** Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?
- Artikel 4** Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener of zorginstelling kunt u gaan?
- Artikel 5** Wat zijn uw verplichtingen?
- Artikel 6** Wat is uw verplicht eigen risico?
- Artikel 7** Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?
- Artikel 8** Wat betaalt u?
- Artikel 9** Wat gebeurt er als u de premie niet op tijd betaalt?
- Artikel 10** Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?
- Artikel 11** Wat als uw premie en/of voorwaarden veranderen?
- Artikel 12** Wanneer gaat uw basisverzekering in?
- Artikel 13** Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?
- Artikel 14** Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?
- Artikel 15** Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?
- Artikel 16** Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling
- Artikel 17** Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?
- Artikel 18** Heeft u een klacht?
- Artikel 19** Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?
- Artikel 20** Wat zijn de gevolgen van fraude?
- Artikel 21** Begripsbepalingen

ARTIKEL 1 *Waarop is de basisverzekering gebaseerd?*

1.1 **Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:**

- a) de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b) het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c) de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d) het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) op onze website (fbto.nl) online heeft ingevuld.

1.2 **Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk**

Uw recht op vergoeding van kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven, wordt daarnaast naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat het betrokken vakgebied ziet als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

ARTIKEL 2 *Wat verzekert de basisverzekering (vergoedingen) en voor wie is deze bedoeld?*

2.2 Met deze basisverzekering heeft u recht op de vergoeding van kosten van zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- a) verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b) verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

Onder vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering. Hier leest u bij elke vorm van zorg of u recht heeft op (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten ervan.

2.2 **Procedure verzekering afsluiten**

U (verzekeringnemer) meldt zich voor de basisverzekering aan bij ons, door op onze website (fbto.nl) online de basisverzekering aan te vragen

2.3 **Aanmelding en Inschrijving**

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan ontvangt u van ons een bevestiging. In uw klantdomein (MijnFBTO) staat uw polisblad. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op de vergoeding van kosten van zorg volgens deze wet.

2.4 **De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel**

Welk recht op vergoeding van kosten van zorg u heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om *welke* zorg het gaat (de inhoud) en om

hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

ARTIKEL 3 *Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?*

3.1 U heeft geen recht op de vergoeding van kosten van zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- a) een gewapend conflict;
- b) een burgeroorlog;
- c) een opstand;
- d) binnenlandse onlusten;
- e) oproer en munitie.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, griep prik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op de vergoeding van kosten van:

- a) keuringen;
- b) griep prikken;
- c) behandeling tegen snurken (uvuloplastiek);
- d) behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- e) behandelingen met sterilisatie als doel;
- f) behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- g) behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie);
- h) het afgeven van doktersverklaringen.

In sommige gevallen heeft u wel recht op de vergoeding van kosten van deze zorg.

Let op! In de polisvoorwaarden moet dan expliciet staan dat wij deze wel vergoeden.

3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt

U heeft geen recht op de vergoeding van kosten van zorg, als u:

- zorgafspraken niet nakomt;
- hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt.

Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

3.4 Laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

U heeft geen recht op de vergoeding van kosten van laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een huisarts of

medisch specialist die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.

3.5 **Kosten van behandeling die uzelf of een familielid uitvoert**

U mag niet uzelf behandelen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen recht op de vergoeding van kosten van deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u behandelt? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u *vooraf* toestemming geven.

3.6 **Vergoedingen die voortvloeien uit terrorisme**

3.6.1 Is de behoefte aan zorg, het gevolg van één of meer terroristische handelingen?

Dan kan het zijn dat u recht heeft op vergoeding van een deel van de kosten van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van één of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de *totale* schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op de vergoeding van de kosten *tot* een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

3.6.2 De exacte definities en bepalingen bij de hiervoor genoemde vergoeding staan in het clauseblad terrorismedekking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorisneverzekerd.nl. Het clauseblad is als bijlage opgenomen.

3.6.3 Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

ARTIKEL 4 *Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener of zorginstelling kunt u gaan?*

4.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op de vergoeding van kosten van zorg. Wij vergoeden het deel van deze kosten dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener of zorginstelling die u kiest.

U kunt kiezen uit:

- zorgverleners of zorginstellingen die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen);
- zorgverleners of zorginstellingen met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener of zorginstelling in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener of zorginstelling declareert de kosten rechtstreeks bij ons. Wilt u weten met welke zorgverleners en zorginstellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen

Wilt u zorg van een zorgverlener of zorginstelling met wie of waarmee wij geen contract hebben afgesloten? En wij hebben wel andere zorgverleners of zorginstellingen gecontracteerd voor deze zorg. Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener of zorginstelling die wij wél gecontracteerd hebben. Als dat het geval is, vindt u deze lagere vergoeding in de polisvoorwaarden onder Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering bij de gewenste zorgsoort.

U heeft echter wel recht op de vergoeding zoals bij gecontracteerde zorg, als wij geen of onvoldoende zorg hebben ingekocht en de gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling de zorg niet op tijd kan leveren. Dit doen wij tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan krijgt u de kosten vergoed tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Wilt u weten hoeveel u vergoed krijgt van kosten van zorg die u heeft gemaakt bij niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen? Kijk dan op www.fbto.nl/zorgzoeker voor een lijst met de hoogtes van deze vergoedingen. U kunt de lijst ook bij ons opvragen.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling *meer* betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, óf
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden.

Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Kijk op fbto.nl/zorgklant of neem contact met ons op.

ARTIKEL 5 *Wat zijn uw verplichtingen?*

5.1 Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op de vergoeding van kosten van zorg.

5.2 Algemene verplichtingen

Wilt u zorg vergoed krijgen? Dan moet u aan de volgende verplichtingen voldoen:

- a) Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
 - rijbewijs;
 - paspoort;
 - Nederlandse identiteitskaart;
 - vreemdelingendocument.
- b) Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- c) U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs zijn of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.
- d) U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- e) U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- f) U bent verplicht een recente verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring mag niet ouder zijn dan 1 jaar.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

- a) Bent u gedetineerd? Meld ons dan binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.
- b) Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener of zorginstelling? Stuur ons dan de oorspronkelijke en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de oorspronkelijke nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen en dergelijke. Wij kunnen uw kosten alleen vergoeden, als wij een oorspronkelijke en duidelijk gespecificeerde nota hebben.

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal of via de post? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de oorspronkelijke nota's te bewaren tot 12 maanden nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze oorspronkelijke nota's bij u op ophalen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer dat bij ons bekend is. U mag uw vordering op ons niet aan derden overdragen.

5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na het jaar waarin u bent behandeld. Let op! Om te bepalen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is *uitgeschreven* die bepalend is.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op vergoeding. U heeft bij een DBC alleen recht op vergoeding van de kosten van zorg die u heeft gemaakt in de periode waarin u bij ons de basisverzekering heeft afgesloten. Bovendien moet het startmoment tijdens deze verzekering zijn geweest. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op.

Declareert u nota's later dan 12 maanden na het jaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de vergoeding recht op had. Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit is bepaald in artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

5.6 **Verplichting: geef wijzigingen in uw situatie binnen 1 maand aan ons door**

Verandert er iets in uw persoonlijke situatie? Of in die van een van de andere verzekerden? Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 1 maand aan ons doorgeven. Het gaat hierbij om alle gebeurtenissen die van betekenis kunnen zijn voor een juiste uitvoering van de basisverzekering. Denk aan eindigende verzekeringsplicht, verhuizing, echtscheiding, overlijden en langdurig verblijf in het buitenland. Als wij aan u (verzekeringnemer) een bericht sturen aan uw laatst bekende adres, dan gaan wij ervan uit dat dit bericht u (verzekeringnemer) heeft bereikt.

ARTIKEL 6 *Wat is uw verplicht eigen risico?*

6.1 Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit eigen risicobedrag is. In 2014 is het verplicht eigen risico € 360,- per verzekerde per kalenderjaar.

6.2 **Eerste € 360,- van uw zorgkosten betaalt u zelf**

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw vergoeding van de kosten van zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 360,-.

6.3 **Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico**

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

- a) de kosten van zorg of overige diensten die in 2014 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2015 ontvangen;
- b) de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
- c) de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;

- d) de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:
 - 1) het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
 - 2) vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
- e) de kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
- f) de kosten van ketenzorg die gedeclareerd wordt volgens de beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg.

6.4 Verplicht eigen risico is vrijgesteld

- 1) De kosten van het online programma 'Kleurjeleven.nl' uit artikel 14 van de vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico. Dit geldt alleen als u het volledige programma daadwerkelijk afrondt.
- 2) De directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheekhoudende.

6.5 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het verplicht eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Of als u recht heeft op een lagere vergoeding vanwege niet-gecontracteerde zorg. Deze bedragen staan los van het verplicht eigen risico en tellen dus niet mee voor het volmaken van de € 360,- aan verplicht eigen risico die wij inhouden.

6.6 Verplicht eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

Wordt u 18 jaar in de loop van het kalenderjaar? Dan gaat uw verplicht eigen risico in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Het verplicht eigen risico wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.

6.7 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari van een kalenderjaar? Dan wordt het verplicht eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.

6.8 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico voor het deel van het kalenderjaar dat u wel verzekerd was.

6.9 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het verplicht eigen risico dat wij moeten toepassen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden.

6.10 Verplicht eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan verplicht eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u terug worden gevorderd. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

Als u (verzekeringnemer) het verplicht eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

ARTIKEL 7 *Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?*

7.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het overzicht van de premies op onze website (fbto.nl). Dit overzicht maakt deel uit van deze polis.

7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op de vergoeding van de kosten van zorg. Dit doen wij nadat wij het volledige verplicht eigen risico hierop in mindering hebben gebracht. Het gaat om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u (verzekeringnemer) kiest naast het verplicht eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 200,-. Hierdoor is uw totale eigen risico bedrag

(€ 360,- + € 200,- =) € 560,-. Ontvangt uw zorgverlener € 950,- van ons voor zorg die u heeft ontvangen? Dan brengen wij hierop het totale eigen risico bedrag in mindering. Deze € 560,- wordt automatisch van de rekening van de verzekeringnemer afgeschreven (zie ook artikel 6.10 van deze algemene voorwaarden).

7.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen vrijwillig gekozen eigen risico

Wij houden geen vrijwillig gekozen eigen risico in op:

- a) de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
- b) de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- c) de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan we:
 - 1) het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
 - 2) vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met een huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
- d) nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
- e) ketenzorg die gedeclareerd wordt volgens de Beleidsregel prestatie-bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg.

7.4 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het vrijwillig gekozen eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Of als u recht heeft op een lagere vergoeding vanwege niet-gecontracteerde zorg. Deze bedragen staan los van het vrijwillig gekozen eigen risico en tellen dus niet mee voor het gekozen bedrag aan eigen risico dat wij inhouden.

7.5 Vrijwillig gekozen eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

Wordt u 18 jaar in de loop van het kalenderjaar? Dan gaat uw vrijwillig gekozen eigen risico in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Het vrijwillig gekozen eigen risico wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.

7.6 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari van een kalenderjaar? Dan wordt het vrijwillig gekozen eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.

7.7 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico voor het deel van het kalenderjaar dat u wel verzekerd was.

7.8 Vrijwillig gekozen eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het vrijwillig gekozen eigen risico dat wij in mindering moeten brengen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden.

7.9 Vrijwillig gekozen eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u terug worden gevorderd. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

Als u (verzekeringnemer) het vrijwillig gekozen eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

7.10 Vrijwillig gekozen eigen risico wijzigen

Wilt u uw vrijwillig gekozen eigen risico aanpassen? Dan kan dat per 1 januari van het volgende kalenderjaar. Geef de wijziging van het vrijwillig gekozen eigen risico dan uiterlijk 31 december aan ons door via MijnFBTO. Deze wijzigingstermijn vindt u ook in artikel 12.5 van deze algemene voorwaarden.

ARTIKEL 8 *Wat betaalt u?*

8.1 **Wij stellen uw premie vast**

8.1.1 Wij stellen vast hoe hoog de premie van uw basisverzekering is.

De verschuldigde premie is de premiegrondslag min een eventuele korting vanwege een vrijwillig gekozen eigen risico en/of een eventuele collectiviteitskorting. Beide kortingen berekenen wij op basis van de premiegrondslag.

8.1.2 Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Wordt de verzekerde 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.

8.1.3 Op het moment dat u (verzekeringnemer) niet meer deelneemt aan een collectiviteit, heeft u geen recht meer op de korting van deze collectiviteit.

8.2 **U (verzekeringnemer) betaalt de premie**

U (verzekeringnemer) moet de premie vooruitbetalen. U mag de premie die u (verzekeringnemer) moet betalen, niet verrekenen met uw vergoeding van de kosten van zorg.

Beëindigt u (verzekeringnemer) of beëindigen wij uw basisverzekering tussentijds? Dan betalen wij premie die u te veel heeft betaald, terug. Wij gaan hierbij uit van een maand met 30 dagen. Hebben wij uw verzekering beëindigd vanwege fraude of misleiding (zie ook artikel 20 van deze algemene voorwaarden)? Dan kunnen wij een bedrag voor administratiekosten aftrekken van de premie die wij moeten terugbetalen.

8.3 **Hoe u (verzekeringnemer) de premie en andere kosten betaalt**

Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso betaalt:

- a) premie;
- b) verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico;
- c) wettelijke eigen bijdragen;
- d) eigen betalingen;
- e) eventuele overige vorderingen.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via een automatische incasso? Dan kan het zijn dat u (verzekeringnemer) daarvoor administratiekosten moet betalen.

8.4 Afschrijving 14 dagen van tevoren aangekondigd

Wij streven ernaar de vooraankondiging van de automatische incasso 14 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 bevestigings e-mail of brief).

ARTIKEL 9 *Wat gebeurt er als u de premie niet op tijd betaalt?*

9.1 Er zijn regels voor hoe u de premie betaalt

Als u premie moet betalen, moet u zich aan de regels hiervoor houden. Dit geldt ook als een derde de premie betaalt.

9.2 Wij verrekenen achterstallige premie met schadekosten

Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie aan ons betalen, en declareert u schadekosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de achterstallige premie met de schadekosten.

Als u (verzekeringnemer) niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen.

9.3 Als u (verzekeringnemer) zich niet aan de betalingstermijn houdt

Heeft u (verzekeringnemer) ervoor gekozen om premie te betalen per kwartaal of (half)jaar? En betaalt u de premie niet binnen de betalingstermijn die wij hebben gesteld? Dan behouden wij ons het recht voor om u (verzekeringnemer) uw premie weer per maand te laten betalen. Het gevolg hiervan is dat u geen recht meer heeft op betalingskorting

9.4 U kunt de verzekering pas opzeggen als achterstallige premie is betaald

Hebben wij u aangemaand om één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie te betalen? Dan kunt u (verzekeringnemer) de basisverzekering niet opzeggen totdat u de verschuldigde premie en eventuele administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente heeft betaald. Een uitzondering hierop is als wij de dekking van uw basisverzekering schorsen.

9.5 Uitzondering op artikel 9.4

Artikel 9.4 van deze algemene voorwaarden geldt niet, als wij binnen 2 weken aan u (verzekeringnemer) laten weten dat wij de opzegging bevestigen.

ARTIKEL 10 *Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?*

10.1 Betalingsregeling als u uw premie 2 maanden niet heeft betaald

Stellen wij vast dat u 2 maanden geen maandpremie heeft betaald? Dan bieden wij u (verzekeringnemer) schriftelijk binnen 10 werkdagen een betalingsregeling aan. Die betalingsregeling houdt in:

- a) dat u (verzekeringnemer) ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies bij u (verzekeringnemer) of derden te incasseren;
- b) dat u (verzekeringnemer) met ons afspraken maakt om uw betalingsachterstand en schulden uit de zorgverzekering aan ons in termijnen terug te betalen;
- c) dat wij de basisverzekering niet om reden van het bestaan van schulden als bedoeld onder b) beëindigen en de dekking van de basisverzekering niet om deze reden schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u (verzekeringnemer) de machtiging genoemd onder a) intrekt, of als u (verzekeringnemer) de gemaakte afspraken over de betalingen genoemd onder b) niet nakomt.

In de brief staat dat u (verzekeringnemer) 4 weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. Ook leest u (verzekeringnemer) hierin wat er gebeurt, als u (verzekeringnemer) de maandpremie 6 maanden niet betaald. Bovendien vindt u (verzekeringnemer) bij het aanbod informatie over schuldhelpverlening, hoe u (verzekeringnemer) die hulp kunt krijgen en welke schuldhelpverlening mogelijk is.

10.2 Betalingsregeling als u (verzekeringnemer) een ander verzekert

Heeft u (verzekeringnemer) iemand anders verzekerd? En heeft u (verzekeringnemer) de maandpremie voor de basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in, dat wij u (verzekeringnemer) aanbieden om deze verzekering te beëindigen op de dag dat de betalingsregeling ingaat. Dit aanbod geldt alleen als:

- a) de verzekerde voor zichzelf een andere basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden; én
- b) de verzekerde ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies te incasseren, als deze verzekerde bij ons verzekerd wordt via de basisverzekering.

10.3 Verzekerde(n) ontvangen kopieën van informatie over betalingsregeling

Als artikel 10.2 van deze algemene voorwaarden van toepassing is, sturen wij de verzekerde(n) kopieën van de stukken zoals genoemd in artikel 10.1, 10.2 en 10.4 die wij aan u (verzekeringnemer) sturen. Dit doen wij gelijktijdig.

10.4 **Wat er gebeurt als u (verzekeringnemer) uw maandpremie 4 maanden niet heeft betaald?**

Heeft u (verzekeringnemer) 4 maanden geen maandpremie betaald (exclusief administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente)? Dan ontvangen u (verzekeringnemer) en uw medeverzekerden een bericht dat wij van plan zijn u (verzekeringnemer) aan te melden bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ), zodra u (verzekeringnemer) 6 maanden of langer geen maandpremie heeft betaald. Melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het CVZ? Dan gaat het CVZ een bestuursrechtelijke premie bij u (verzekeringnemer) innen.

Ook kunt u (verzekeringnemer) ons vragen of wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) willen aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt, leest u (verzekeringnemer) in artikel 10.1 van deze algemene voorwaarden. Als wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) aangaan, melden wij u (verzekeringnemer) niet aan bij het CVZ zolang u (verzekeringnemer) de nieuwe maandpremies op tijd betaalt.

10.5 **Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met de betalingsachterstand**

Bent u (verzekeringnemer) het niet eens met de betalingsachterstand en/of of de voorgenomen aanmelding bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zoals genoemd in artikel 10.4? Laat dit dan aan ons weten door middel van een bezwaarschrift. Wij melden u (verzekeringnemer) dan nog niet aan bij het CVZ. Eerst onderzoeken wij dan, of wij uw schuld goed berekend hebben. Vinden wij dat wij uw schuld goed hebben berekend? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) hierover een bericht. Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met ons oordeel, kunt u (verzekeringnemer) dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijk rechter. U (verzekeringnemer) moet dat doen binnen 4 weken nadat u (verzekeringnemer) het bericht met ons oordeel heeft ontvangen. Wij melden u (verzekeringnemer) ook nog niet aan bij het CVZ. Zie ook artikel 18 van deze algemene voorwaarden over klachtafhandeling.

10.6 **Wat er gebeurt als u (verzekeringnemer) uw maandpremie 6 maanden niet heeft betaald**

Stellen wij vast dat u (verzekeringnemer) 6 maanden geen maandpremie (exclusief administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente) heeft betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Vanaf dit moment betaalt u geen nominale premie meer aan ons. Het CVZ legt dan bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie op. Het CVZ krijgt hiervoor van ons uw persoonsgegevens en die van de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) bij ons heeft verzekerd. Wij geven alleen die persoonsgegevens door aan het CVZ die het nodig heeft om bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen.

U (verzekeringnemer) en de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) heeft verzekerd, ontvangen hierover een bericht van ons.

10.7 Is alle premie betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) af bij het College voor zorgverzekeringen

Wij melden u (verzekeringnemer) af bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ), als u (verzekeringnemer), na tussenkomst van het CVZ, de volgende bedragen heeft betaald

- a) de verschuldigde premie;
- b) de vordering op grond van zorgkostennota's;
- c) de wettelijke rente;
- d) eventuele incassokosten;
- e) eventuele proceskosten.

Als wij u (verzekeringnemer) hebben afgemeld bij het CVZ, wordt de bestuursrechtelijke premie-inning stopgezet. In plaats daarvan betaalt u (verzekeringnemer) de nominale premie weer aan ons.

10.8 Wat wij aan u (verzekeringnemer) en het College voor zorgverzekeringen melden

Wij stellen u (verzekeringnemer) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) direct op de hoogte van de datum waarop:

- a) de schulden die uit de basisverzekering voortvloeien, (zullen) zijn afgelost of teniet (zullen) gaan;
- b) de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op u (verzekeringnemer) van toepassing wordt;
- c) een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zorgverzekeringswet. Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u (verzekeringnemer) en het CVZ op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan de schuldregeling moet, naast u (verzekeringnemer), tenminste uw zorgverzekeraar deelnemen.

10.9 Vraagt u na wanbetaling een verzekering bij ons aan? En schrijven wij u in?

Dan moet u (verzekeringnemer) 2 maanden premie vooruitbetalen.

ARTIKEL 11 *Wat als uw premie en/of voorwaarden veranderen?*

11.1 Wij kunnen de premiegrondslag en voorwaarden van uw basisverzekering aanpassen. Bijvoorbeeld omdat de samenstelling van het basispakket verandert. Op basis van de nieuwe premiegrondslag en de veranderde voorwaarden doen wij u (verzekeringnemer) een nieuw aanbod.

11.2 Als uw premiegrondslag verandert

Een verandering in de premiegrondslag gaat niet eerder in dan 6 weken na de dag waarop wij u (verzekeringnemer) hierover hebben geïnformeerd. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat (meestal per 1 januari). U (verzekeringnemer) heeft hiervoor in ieder geval 1 maand de tijd nadat wij u hebben geïnformeerd over de verandering.

11.3 Als de voorwaarden en/of vergoedingen veranderen

Is een verandering in de voorwaarden en/of vergoedingen in het nadeel van de verzekerde? Dan mag u (verzekeringnemer) de basisverzekering opzeggen. Dit geldt niet als deze verandering ontstaat, doordat een wettelijke bepaling wijzigt. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat. U (verzekeringnemer) heeft hiervoor 1 maand de tijd nadat wij u (verzekeringnemer) over de verandering hebben geïnformeerd.

ARTIKEL 12 *Wanneer gaat uw basisverzekering in?*

12.1 De ingangsdatum staat op het polisblad

De basisverzekering gaat in op de ingangsdatum die op het polisblad staat. Deze ingangsdatum is de dag waarop wij van u (verzekeringnemer) uw verzoek om de basisverzekering af te sluiten, hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend verlengen wij de basisverzekering ieder jaar stilzwijgend. Dat doen wij steeds voor de duur van 1 kalenderjaar.

12.2 Al verzekerd? Dan kan de verzekering later ingaan

Is degene voor wie wij de basisverzekering afsluiten al op grond van een basisverzekering verzekerd op de dag waarop wij uw aanvraag ontvangen? En geeft u (verzekeringnemer) aan dat u de basisverzekering later in wilt laten gaan dan de dag die is genoemd in artikel 12.1 van deze algemene voorwaarden? Dan gaat de basisverzekering in op de latere dag die u (verzekeringnemer) aangeeft.

12.3 Afsluiten binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht ontstaat

Gaat de basisverzekering in binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan? Dan houden wij als ingangsdatum aan de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.

12.4 Verzekering kan tot 1 maand gelden met terugwerkende kracht

Gaat de basisverzekering in binnen 1 maand nadat een andere basisverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd? Dan werkt deze verzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere basisverzekering is geëindigd. Hierbij kunnen wij afwijken van wat is bepaald in artikel 925, eerste lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. De terugwerkende kracht van de basisverzekering geldt ook, als u uw vorige verzekering heeft opgezegd, omdat de voorwaarden verslechteren. Dit is bepaald in artikel 940, vierde lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

12.5 Uw basisverzekering wijzigen

Heeft u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze wijzigen per 1 januari van het volgende kalenderjaar via MijnFBTO. U ontvangt hiervan een schriftelijke bevestiging. Geef de wijziging dan uiterlijk 31 december aan ons door.

ARTIKEL 13 *Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?*

13.1 Uw basisverzekering herroepen

U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. Dit betekent dat u (verzekeringnemer) de basisverzekering kunt beëindigen binnen 14 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Stuur ons hiervoor een brief of een e-mail waarin u de verzekering opzegt. U (verzekeringnemer) hoeft hierbij geen redenen te geven. Wij gaan er dan van uit dat uw basisverzekering niet is ingegaan.

Herroept u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) de eventueel al betaalde premie terug. Als wij al zorgkosten aan u hebben vergoed, moet u (verzekeringnemer) deze kosten aan ons terugbetalen.

13.2 Uw basisverzekering beëindigen

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw basisverzekering beëindigen:

- a) U (verzekeringnemer) kunt een e-mail of brief sturen waarin u (verzekeringnemer) uw basisverzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De basisverzekering eindigt dan op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Heeft u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- b) U ((verzekeringnemer) kunt gebruikmaken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een basisverzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering op.

- c) Heeft u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf verzekerd en heeft deze verzekerde een andere basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) een e-mail of brief sturen om deze verzekering voor de verzekerde op te zeggen. Is deze opzegging bij ons binnen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering? Dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.
- d) Het kan zijn dat u (verzekeringnemer) overstapt van de ene naar de andere collectieve basisverzekering, omdat u (verzekeringnemer) een dienstverband heeft beëindigd en/of een nieuw dienstverband bent aangegaan. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering dan opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand.
- e) Het kan ook zijn dat uw deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie stopt. De reden van opzegging kan dan ófwel zijn dat u (verzekeringnemer) gaat deelnemen aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, ófwel dat u (verzekeringnemer) aan een collectieve basisverzekering gaat deelnemen omdat u (verzekeringnemer) een nieuw dienstverband heeft. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat uw deelname aan het collectief is gestopt. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand.

Beëindigen wij uw verzekering op uw verzoek? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u op welke datum de verzekering eindigt.

ARTIKEL 14 *Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?*

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering.:

- a) met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering;
- b) op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de AWBZ;
- c) als u militair in werkelijke dienst wordt;
- d) bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel 20 van deze algemene voorwaarden;
- e) bij overlijden;

- f) als wij geen basisverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hier een bericht over.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u, waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a) tot en met d) van de Zorgverzekeringswet

- 14.3.1** Heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CVZ u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CVZ en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

- 14.3.2** Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

- 14.3.3** U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

ARTIKEL 15 *Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?*

- 15.1** Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit vergoeding van:
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
 - vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
 - vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering tot maximaal:
 - 1) de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent, als deze bij een vergoeding in de FBTO Zorg Basisverzekering wordt genoemd;
 - 2) het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - 3) 100% van het gemiddeld door Achmea gecontracteerde tarief. Dit geldt als er geen (maximum) tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering tot maximaal:

- 1) de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent, als deze bij een vergoeding in de FBTO Zorg Basisverzekering wordt genoemd;
- 2) het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- 3) 100% van het gemiddeld door Achmea gecontracteerde tarief. Dit geldt als er geen (maximum) tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. 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. Dit moet een rekeningnummer zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

ARTIKEL 16 *Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling*

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

ARTIKEL 17 *Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling*

17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling treffen met een derde, of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

ARTIKEL 18 *Heeft u een klacht?*

18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de afdeling waarvan u bericht heeft ontvangen. Dit moet u doen binnen 12 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per e-mail, per brief, telefonisch, via onze website (fbto.nl) of per faxbericht.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachtenregistratiesysteem. U ontvangt binnen 10 dagen een eerste inhoudelijke reactie van ons. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover een bericht van de behandelende afdeling.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klachtenmanagement indienen per e-mail, per brief, telefonisch, via onze website (fbto.nl) of per faxbericht. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 3 weken geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Voldoet de herbeoordeling van de afdeling Klachtenmanagement niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). 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.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter te stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 19 *Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?*

19.1 Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen Achmea:

- a) om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
- b) om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea BV behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden;
- c) om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- d) voor statistische analyse;
- e) voor relatiebeheer;
- f) om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming Persoonsgegevens. Bovengenoemde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.

19.2 Als u geen informatie wilt over onze andere producten en diensten

Wilt u geen informatie over onze andere producten en/of diensten? Meld dat dan door een bericht te sturen naar relatiebeheer@fbto.nl of naar FBTO, afdeling Relatiebeheer, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden.

19.3 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als Achmea uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.

19.4 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (bijvoorbeeld zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en CVZ) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven.

Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

ARTIKEL 20 *Wat zijn de gevolgen van fraude?*

20.1 Fraude is als iemand een vergoeding verkrijgt van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

- a) onder valse voorwendselen;
- b) op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:

- a) een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- b) vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
- c) een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- d) feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

20.2 Bij fraude geen vergoeding

Als er sprake is van fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- a) aangifte doen bij de politie;
- b) uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
- c) u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
- d) uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

ARTIKEL 21 *Begripsbepalingen*

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

- Apotheek: onder apotheek verstaan wij (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.
- Apotheekhoudende: de apotheekhoudend huisarts of een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers of een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven. Onder apotheekhoudende verstaan wij ook 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 op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
- AWBZ: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).
- Basisverzekering: de zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- Bedrijfsarts: een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de arbdienst waarbij de werkgever is aangesloten.
- Bekkenfysiotherapeut: een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook 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 (Wjz).
- Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde: een universitair 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 erfelijkheidsonderzoek: een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) 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-)zorgproduct: 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 declarabele 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.
- 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.
- 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, Kroatië, 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:
 - a) de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
 - b) advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.
- Fysiotherapeut: een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Onder fysiotherapeut

wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

- 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.
- Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg: diagnostiek en gespecialiseerde behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.
- Gezin: één volwassene, dan wel 2 gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen kinderen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (Wtos) of op buitengewone lastenaf trek ingevolge de belastingwetgeving.
- Gezondheidszorgpsycholoog: een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
- GGZ-instelling: 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 op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
- Huisarts: een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) 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 reglement dat wij hebben vastgesteld over toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
- IDEA-contract: IDEA staat voor Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken. Dit is de overeenkomst tussen ons en een apotheekhoudende waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.
- Jeugdarts: een arts die is ingeschreven als arts met het profiel Jeugdgezondheidszorg in de registers van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) is ingesteld.
- Kaakchirurg: een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

- Kalenderjaar: de periode die loopt 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 op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (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 op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (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 podotherapeut.
- Medisch adviseur: de arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.
- Medisch specialist: een arts die is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).
- Mondhygiënist: een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut en het Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553).
- Multidisciplinaire samenwerking: geïntegreerde (keten)zorg die meerdere zorgaanbieders met verschillende disciplinaire achtergrond in samenhang leveren en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.
- 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.

- Orthodontist: een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).
- 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 zogenoemde 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 Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG). 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 op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
- 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.
- Specialist ouderengeneeskunde: een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). 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 op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (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) bedoelen wij degene die de basisverzekering en/of aanvullende verzekeringen met ons is aangegaan.
- Uitsluitingen: uitsluitingen in de verzekeringsovereenkomst bepalen dat een verzekerde geen recht heeft op vergoeding van kosten.
- 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, 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 op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
- Verwijzing / Verklaring: een verwijzing / verklaring is uiterlijk één jaar geldig.
- 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 Zorgverzekeringen N.V., in dezen handelend onder de handelsnaam FBTO.
- Zelfstandig behandelcentrum: een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling, die 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 levert.
- Zorgverlener : de zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.
- 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 die statutair gevestigd is te Leeuwarden, K.v.K. 30208631 en is geregistreerd bij de AFM onder nummer 12001022.

Vergoedingen FBTO

Zorg Basisverzekering

Hieronder vindt u de zorg die in de basisverzekering is opgenomen. Ook leest u hieronder welke voorwaarden gelden voor de vergoeding. Kunt u niet vinden wat u zoekt? Kijk dan eerst in de inhoudsopgave aan het begin van deze polisvoorwaarden.

H1	Botten, spieren en gewrichten	P. 46
H2	Fysiotherapie en oefentherapie	P. 48
H3	Hulpmiddelen	P. 53
H4	Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten	P. 55
H5	Mond en tanden (mondzorg)	P. 58
H6	Ogen en oren	P. 65
H7	Psychologische zorg	P. 66
H8	Spreeken en lezen	P. 72
H9	Vervoer	P. 75
H10	Ziekenhuis, behandeling en verpleging	P. 77
H11	Zwanger (worden)/baby/kind	P. 90
H12	Overige	P. 97

H1 Botten, spieren en gewrichten

1

ARTIKEL 1 *Ergotherapie*

Wij vergoeden de kosten van 10 uur advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut. Dit is 10 uur per kalenderjaar. Het is de bedoeling dat u door deze ergotherapie uw zelfredzaamheid bevordert of herstelt.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat ergotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van ergotherapie.
- 2) Laat u zich behandelen op school? Dan vergoeden wij uw kosten alleen, als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Soms bij gecontracteerde ergotherapeuten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde ergotherapeuten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Deze ergotherapeuten kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTE (Directe Toegang Ergotherapie). Via de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde zorgverleners die DTE aanbieden.

Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de behandeling? Dan is DTE niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer moet op de verklaring aangeven dat de behandeling aan huis moet plaatsvinden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ergotherapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een ergotherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het laagst door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke ergotherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van toeslagen voor:

- afspraken buiten reguliere werktijden;
- niet-nagekomen afspraken;
- eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

ARTIKEL 2 *Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus*

Heeft u diabetes mellitus? Dan vergoeden wij de kosten van voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure, als er sprake is van een matig verhoogd of hoog risico op een diabetische voet (ulcera). Dit geldt voor zover dit omschreven staat in de zorgprofielen van de Nederlandse Vereniging voor Podotherapeuten (NVvP) en Provoet én voor zover deze voetzorg valt binnen de basisverzekering. In de zorgprofielen staat ook omschreven wat er behandeld wordt en hoe.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) Als een pedicure de behandeling uitvoert, stellen wij de volgende eisen:
 - De pedicure moet als medisch pedicure geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert of hierin staan met de kwalificatie Diabetische Voet (DV).
 - Als het gaat om een (pedicure) chiroprapeut of een pedicure in de zorg, dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- 2) Laat u zich behandelen in verband met uw diabetische voet(en) (classificatie Simm's 1 en hoger)? Dan moet u ons voor vergoeding 1 keer een medische indicatie toesturen van een huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige.
- 3) Op de nota moet uw zorgverlener het type diabetes (1 of 2) dat u heeft en de Simm's-classificatie vermelden. Ook moet op de nota staan dat uw pedicure is ingeschreven in het register van ProCert of in het RPV.

Wat wij niet vergoeden

- a) Heeft u diabetes mellitus type 2 en recht op vergoeding van kosten van de bijbehorende ketenzorg waarin voetzorg is opgenomen? Dan heeft u geen recht op vergoeding van kosten van voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure. Deze voetbehandelingen vallen dan onder het recht op vergoeding binnen de ketenzorg (zie artikel 40 van de Vergoedingen van de FBTO Zorg Basisverzekering).
- b) Wij vergoeden niet de kosten van hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Meer informatie hierover vindt u in het Achmea Reglement Hulpmiddelen. U kunt dit reglement vinden op onze website (fbto.nl) of bij ons opvragen.

H2 Fysiotherapie en oefentherapie

2

ARTIKEL 3 *Fysiotherapie en oefentherapie*

Wij vergoeden de kosten van fysiotherapie en oefentherapie. Hieronder leest u om welke zorg het gaat en welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

3.1 **Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar of ouder**

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij de kosten van de 21e behandeling en de daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut. Het moet dan wel gaan om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering". U kunt deze lijst (Lijst Borst) vinden op onze website (fbto.nl) of bij ons opvragen. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen ook een maximale behandelperiode opgenomen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten en, wanneer het gaat om manuele lymfedrainage, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie.
- 2) Laat u zich behandelen op school? Dan vergoeden wij uw kosten alleen als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het laagst door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten, oefentherapeuten en huidtherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a) de eerste 20 behandelingen;
- b) een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enige doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren;
- c) zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- d) toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- e) verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt;
- f) meerdere prestaties op 1 dag.

3.2 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? En heeft u een aandoening die voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering"? Dan vergoeden wij de kosten van alle behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen ook een maximale behandelperiode opgenomen. U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

Heeft u een aandoening die niet voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst? Dan vergoeden wij de kosten van 9 behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut. Dit zijn 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Heeft u na deze 9 behandelingen meer behandelingen nodig, omdat u nog steeds last heeft van de aandoening? Dan vergoeden wij maximaal 9 extra behandelingen. Dit doen wij alleen als de extra behandelingen medisch noodzakelijk zijn. In totaal vergoeden wij voor verzekerden tot 18 jaar dus maximaal 18 behandelingen. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten en wanneer het gaat om manuele lymfedrainage, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie vanuit de basisverzekering.
- 2) Laat u zich behandelen op school? Dan vergoeden wij uw kosten alleen als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het laagst door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten, oefentherapeuten en huidtherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen u behandelen zonder verwijzing. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie). Via de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Bij DTF of DTO geldt de screening als 1 behandeling. De intake en het onderzoek na deze screening gelden ook als 1 behandeling. Maar bij DTF door een PlusPraktijk gelden de screening, de intake en het onderzoek na deze screening slechts als 1 behandeling.

Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de behandeling? Dan is DTF of DTO niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer moet op de verklaring aangeven dat de behandeling aan huis moet plaatsvinden.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a) een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren;
- b) zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- a) toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d) verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt;
- e) meerdere prestaties op 1 dag.

3.3 Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van urine-incontinentie? En wilt u dit behandelen met bekkenfysiotherapie? Dan vergoeden wij eenmalig per indicatie de kosten van de eerste 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor vergoeding

U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde bekkenfysiotherapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een bekkenfysiotherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het laagst door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke bekkenfysiotherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a) zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- b) toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- c) verband- en hulpmiddelen die de bekkenfysiotherapeut heeft verstrekt;
- d) meerdere prestaties op 1 dag.

H3 Hulpmiddelen

ARTIKEL 4 *Hulpmiddelen*

Wij vergoeden de kosten van:

- a) levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale vergoeding;
- b) het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- c) eventueel reservehulpmiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Achmea Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Achmea Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen.

In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Achmea Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de algemene voorwaarden FBTO Zorg Basisverzekering.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Schaft u hulpmiddelen aan bij een leverancier die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het door ons gemiddeld gecontracteerde tarief.

Wilt u meer weten over de hulpmiddelen? Of wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan vergoeden wij de kosten niet op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 23, 24, 31 en 32 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering.

H4 Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

ARTIKEL 5 *Farmaceutische zorg; geneesmiddelen en dieetpreparaten*

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a) de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- b) advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website (fbto.nl) of bij ons opvragen.

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

- a) alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheekhoudende die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;
- b) de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheekhoudende zonder contract;
- c) andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die 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 de Geneesmiddelenwet;

- geneesmiddelen die 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. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;

d) polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website (fbto.nl) vindt u daarnaast een overzicht van de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

Voorwaarden voor vergoeding van geneesmiddelen en dieetpreparaten

- 1) De geneesmiddelen of dieetpreparaten moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- 2) Een apotheekhoudende moet de geneesmiddelen leveren. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- 3) Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen.

In artikel 4.4 van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor vergoeding van specifieke geneesmiddelen en dieetpreparaten. Wij vergoeden de kosten van deze dieetpreparaten en de geneesmiddelen alleen, als u voldoet aan deze bepalingen.

Voorwaarde voor vergoeding van (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. Wij vergoeden deze (deel)prestaties alleen als aan deze aanvullende eisen is voldaan.

In het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg leest u, voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde apotheekhoudende

Let op! Ontvangt u geneesmiddelen, dieetpreparaten, advies of begeleiding van een apotheekhoudende die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wij hebben overigens twee soorten contracten met apotheekhoudenden: een IDEA-contract of een contract met preferentiebeleid. Meer informatie hierover vindt u in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg.

Wilt u weten met welke apotheekhoudenden wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde apotheekhoudenden vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

De volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie vergoeden wij niet:

- a) anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- b) geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- c) farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat wij deze niet mogen vergoeden;
- d) geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- e) geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- f) geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- g) zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- h) alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg;
- i) homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

H5 Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van 6 tot en met 12) gaan wij hierop in.

ARTIKEL 6 *Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen*

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan vergoeden wij de kosten van deze behandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2) Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 3) Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- 4) Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u een behandelplan en kostenbegroting meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Wat wij niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan heeft u geen aanspraak op reparatie of vervanging hiervan.

ARTIKEL 7 *Tandheelkundige zorg tot 18 jaar*

Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoeden wij de kosten van de volgende tandheelkundige behandelingen:

- a) periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;
- b) incidenteel tandheelkundig consult;
- c) het verwijderen van tandsteen;

- d) maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen. Wij moeten u hier wel vooraf toestemming voor hebben gegeven;
- e) sealing (afdichten groeven van kiezen);
- f) parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
- g) anesthesie (verdooving);
- h) endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- i) restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- j) gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
- k) uitneembare prothetische voorzieningen;
- l) tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten. Wij vergoeden dit alleen als hierbij een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden vervangen worden, omdat deze tanden niet zijn aangelegd of als het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval;
- m) chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg;
- n) röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Let op! Reguliere orthodontische hulp valt niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u de aanvullende module Gezichtsorg en Orthodontie afsluiten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Deze moet bevoegd zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
- 2) Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, tandarts-specialist of een huisarts.
- 3) Voor onderstaande behandelingen dient u uw zorgverlener te verzoeken toestemming bij ons aan te vragen. De zorgverlener moet een behandelplan en een kostenbegroting opsturen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Indien wij akkoord zijn geven wij u hiervoor toestemming.
 - fronttandvervangende met een implantaat en voor de prothetische vervolgbehandeling (brug of kroon op het implantaat/de implantaten)
 - het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 6 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering)
 - zorg zoals omschreven in artikel 6, 11 of 12 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering

ARTIKEL 8 *Tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie*

Wij vergoeden de kosten van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek. Dit eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis. Wij vergoeden echter niet de kosten van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat (zie artikel 10.1 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering) en een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken).

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) Een kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
- 2) U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of een andere medisch specialist.
- 3) Gaat u naar een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum voor de behandeling? Dan dient u voor onderstaande behandelingen uw zorgverlener te verzoeken een toestemming bij ons aan te vragen. De zorgverlener moet een behandelplan en een kostenbegroting opsturen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
 - osteotomie (kaakoperatie) behalve als dit onderdeel is van een gecombineerde chirurgische of orthodontische behandeling. U moet dan wel recht hebben op de vergoeding van kosten van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 6 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - pre-implantologische chirurgie;
 - plastische chirurgie.
- 4) Extracties mogen alleen onder narcose als daar zwaarwegende medische gronden voor zijn.
- 5) U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van ophoging bodem bijholte, kaakverbreding en/of verhoging, als u recht heeft op vergoeding van kosten van de bijbehorende implantaten vanuit de basisverzekering
- 6) Laat u botankers plaatsen voor een orthodontische behandeling? Houd er dan rekening mee dat er alleen recht op vergoeding van deze verrichting bestaat, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 6 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering. U heeft hiervoor dan al toestemming van ons gekregen.
- 7) Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

ARTIKEL 9 *Tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)*

Wij vergoeden de kosten van het maken en plaatsen van de volgende prothesen:

- a) een uitneembaar volledig prothese voor boven- en/of onderkaak;
- b) een uitneembaar volledig immediaatprothese;
- c) een uitneembaar volledig vervangingsprothese;
- d) een uitneembaar volledig overkappingsprothese op natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels). Het kunstharsdeel van de (overkappings)prothese valt onder het recht op vergoeding. De verrichtingen en de techniekkosten die te maken hebben met de overkapping en eventuele precisieverankerinnen vallen niet onder de Basisverzekering. Hiervoor kunt u de aanvullende module Tand aanzetten.

Voor deze prothesen geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Laat u een volledige immediaat- prothese, een bestaande uitneembare volledige prothese of een bestaande volledige overkappings- prothese repareren of rebasen? Dan hoeft u geen wettelijke eigen bijdrage te betalen.

5

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) Een tandarts of tandprotheticus moet de behandeling uitvoeren.
- 2) Als de prothese binnen 5 jaar of een immediaatkunstprothese binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- 3) Laat u een gecombineerde boven- en onderprothese maken en plaatsen? En zijn de totale kosten hoger dan € 1.400,-? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Dit maximumbedrag is inclusief de maximale techniekkosten.
- 4) Laat u een volledige boven- of een volledige onderprothese maken en plaatsen? En zijn de totale kosten hoger dan € 700,-? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Dit maximumbedrag is inclusief maximale techniekkosten.

ARTIKEL 10 *Implantaten*

10.1 **Implantaten**

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aan-doening? Dan heeft u recht op vergoeding van kosten van de tandheelkundige implantaten die nodig zijn voor een uitneembare volledige prothese.

Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken en tandeloze kaak en de implantaten die u laat plaatsen, dienen ter bevestiging van de uitneembaar prothese.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2) Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist, tandprotheticus of huisarts u hebben doorverwezen. De tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar de kaakchirurg. Dit mag alleen als u volledig tandeloos bent.
- 3) Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan en kostenbegroting meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op! U heeft misschien ook recht op vergoeding van kosten van implantaten vanuit artikel 12 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering.

10.2 Uitneembaar volledig prothese op implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder een uitneembare prothese op implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op vergoeding van kosten van deze prothese. Voor deze prothese geldt wel een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per boven- of onderkaak. U heeft ook recht op vergoeding van kosten van de reparatie en rebasing van een uitneembare volledige prothese op implantaten. Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken en tandeloze kaak.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2) Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 3) Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan en kostenbegroting meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op! U heeft misschien ook recht op vergoeding van kosten van een uitneembare prothese op implantaten vanuit artikel 12 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering.

ARTIKEL 11 *Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap*

Heeft u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap? En kunt u zonder tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie houden of verwerven, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking? Dan heeft u recht op vergoeding van kosten op tandheelkundige zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2) Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 3) U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van deze zorg, als u niet al recht heeft op vergoeding van tandheelkundige zorg vanuit de AWBZ.
- 4) U dient uw zorgverlener vooraf te verzoeken toestemming bij ons aan te vragen. De zorgverlener moet een behandelplan en een kostenbegroting opsturen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

ARTIKEL 12 *Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen*

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op vergoeding van kosten van een tandheelkundige behandeling:

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

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een angsttandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op de vergoeding van kosten van de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2) Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 3) U dient uw zorgverlener vooraf te verzoeken toestemming bij ons aan te vragen. De zorgverlener moet een behandelplan en een kostenbegroting opsturen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op! U heeft misschien ook recht op vergoeding van kosten van implantaten vanuit artikel 10 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering.

H6 Ogen en oren

ARTIKEL 13 *Audiologisch centrum*

13.1 **Gehoorproblemen**

Heeft u gehoorproblemen? Dan heeft u recht op vergoeding van kosten van zorg in een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- a) onderzoek doet naar uw gehoorfunctie;
- b) u adviseert over aan te schaffen gehoorapparatuur;
- c) u voorlichting geeft over het gebruik van de apparatuur;
- d) psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

13.2 **Spraak- en taalstoornissen bij kinderen**

Heeft uw kind een spraak- of taalstoornis? Een voor dat doel gecontracteerd audiologisch centrum kan hulp bieden bij het stellen van een diagnose. Wilt u weten welke audiologische centra wij hiervoor hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

H7 Psychologische zorg

ARTIKEL 14 *Generalistische Basis GGZ*

Heeft u een niet-complexe psychische stoornis? Dan vergoeden wij de kosten van Generalistische Basis GGZ (hierna te noemen: Basis GGZ).

Een van de volgende zorgverleners kan als hoofdbehandelaar optreden:

- a) een gezondheidszorgpsycholoog;
- b) een psychiater;
- c) een klinisch psycholoog;
- d) een psychotherapeut;
- e) een orthopedagoog-generalist die lid is van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO);
- f) een kinder- en jeugdpsycholoog die lid is van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP);
- g) uitsluitend voor het product Basis GGZ chronisch (BC) binnen een voor de Basis GGZ gecontracteerde instelling of praktijk: een verpleegkundig specialist.

De hoofdbehandelaar dient de zorg grotendeels persoonlijk te verlenen, maar mag voor maximaal 50% van de tijd gebruik maken van een medebehandelaar. Toegestane medebehandelaren zijn behandelaren met een beroep dat voorkomt op de beroepenlijst uit de Spelregels DBC GGZ 2013.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten of een jeugdarts.
- 2) Gaat het om jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg? En gaat het om zorg zoals omschreven in artikel 9b lid 5 van de AWBZ? Dan is een indicatiebesluit nodig van Bureau Jeugdzorg. Daarnaast is het volgens artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg mogelijk dat een arts, of een andere daar vermelde behandelaar, doorverwijst.
- 3) De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijfsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).
- 4) Uit de verwijfsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor is verwezen en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven.

Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijfsbrief:

- persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
- reden van verwijzing;
- waarnaar wordt verwezen (basis GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
- naam en functie verwijzer;
- handtekening verwijzer;
- datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).

Een verwijzing is uiterlijk 1 jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor vervolgbehandeling wel een nieuwe verwijzing nodig.

- 5) Alleen voor crisiszorg is geen verwijzing noodzakelijk. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, psychiater of psychotherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a) behandeling van aanpassingsstoornissen;
- b) hulp bij werk- en relatieproblemen;
- c) hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- d) interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Wij volgen hierin het "Dynamisch overzicht van psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk" van het CVZ. Uw zorgverlener kan u hierover meer vertellen. Dit overzicht publiceren wij ook op onze website (fbto.nl).

ARTIKEL 15 *Niet-klinische gespecialiseerde GGZ (tweedelijns GGZ)*

Heeft u een complexe psychische stoornis en ontvangt u niet-klinische gespecialiseerde geneeskundige gezondheidszorg van een GGZ-instelling, psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog? Dan vergoeden wij de kosten van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Ontvangt u zorg in een GGZ-instelling? Dan moet uw behandeling plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar (een psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of een GGZ-psycholoog in een MDO-constructie).

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een jeugdarts.
- 2) Gaat het om jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg? En gaat het om zorg zoals omschreven in artikel 9b lid 5 van de AWBZ? Dan is een indicatiebesluit nodig van Bureau Jeugdzorg. Daarnaast is het volgens artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg mogelijk dat een arts, of een andere daar vermelde behandelaar, doorverwijst.
- 3) De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijzingsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).
- 4) Uit de verwijzingsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor de verwijzing is en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijzingsbrief:
 - persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
 - reden van verwijzing;
 - waarnaar wordt verwezen (gespecialiseerde GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
 - naam en functie verwijzingsarts;
 - handtekening verwijzingsarts;
 - datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).

Een verwijzing is uiterlijk 1 jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor vervolgbehandeling wel een nieuwe verwijzing nodig.

- 5) Alleen voor crisiszorg is geen verwijzing noodzakelijk. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van de deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een GGZ-instelling, psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog, orthopedagoog-generalist of kinderen jeugdpsycholoog die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners of instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners en instellingen vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a) behandeling van aanpassingsstoornissen;
- b) hulp bij werk- en relatieproblemen;
- c) hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- d) interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Wij volgen hierin het “Dynamisch overzicht van psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk” van het CVZ. Uw zorgverlener kan u hierover meer vertellen. Dit overzicht publiceren wij ook op onze website (fbto.nl).

ARTIKEL 16 *Psychiatrische ziekenhuisopname*

Wordt u opgenomen in een GGZ-instelling zoals in een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis? Dan vergoeden wij de kosten van:

- a) gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg volgens artikel 15 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering;
- b) uw verblijf met of zonder verpleging en verzorging;
- c) paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens de opname bij de behandeling horen.

Uw behandeling moet plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar: een psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, of een GZ-psycholoog in een MDO-constructie.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen in een MDO-constructie als zorg plegen te bieden.

Hoeveel dagen opname wij vergoeden

Wij vergoeden bij psychiatrische opname uw kosten voor een periode van maximaal 365 dagen die u ononderbroken in de GGZ-instelling verblijft.

De volgende vormen van opname tellen hierbij ook mee:

- a) opname in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b) niet-psychiatrische ziekenhuisopname.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.

Onderbreekt u uw opname voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten of jeugdarts.
- 2) Gaat het om jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg? En gaat het om zorg zoals omschreven in artikel 9b lid 5 van de AWBZ? Dan is een indicatiebesluit nodig van Bureau Jeugdzorg. Daarnaast is het volgens artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg mogelijk dat een arts, of een andere daar vermelde behandelaar, doorverwijst.
- 3) De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijfsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).
- 4) Uit de verwijfsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor de verwijzing is en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijfsbrief:
 - persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
 - reden van verwijzing;
 - waarnaar wordt verwezen (gespecialiseerde GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
 - naam en functie verwijzer;
 - handtekening verwijzer;
 - datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).

Een verwijzing is uiterlijk 1 jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan een jaar wordt onderbroken, is er voor vervolgbehandeling wel een nieuwe verwijzing nodig.

- 5) Alleen voor crisiszorg is geen verwijzing noodzakelijk. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van de deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen bij een GGZ-instelling die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke GGZ-instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde instellingen vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a) behandeling van aanpassingsstoornissen;
- b) hulp bij werk- en relatieproblemen;
- c) hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis
- d) interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Wij volgen hierin het "Dynamisch overzicht van psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk" van het CVZ. Uw zorgverlener kan u hierover meer vertellen. Dit overzicht publiceren wij ook op onze website (fbto.nl).

H8 Spreken en lezen

ARTIKEL 17 *Dyslexiezorg*

Wij vergoeden de kosten van diagnose en behandeling van ernstige dyslexie bij kinderen, zolang het kind basisonderwijs volgt.

De wet stelt de volgende voorwaarden aan dyslexiezorg:

- a) De zorg start als het kind 7, 8, 9, 10, 11 of 12 jaar oud is.
- b) Een gespecialiseerde instelling voor hulpverlening bij dyslexie voert de zorg uit. In deze instelling wordt gewerkt op basis van multidisciplinaire samenwerking onder eindverantwoordelijkheid van een gezondheidspsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist.
- c) De eindverantwoordelijke moet op grond van specifieke standaarden die voor zijn beroep gelden bekwaam zijn voor diagnostiek en behandeling van ernstige dyslectici.
- d) De instelling voor hulpverlening werkt volgens de Richtlijnen multidisciplinaire samenwerking diagnostiek en behandeling ernstige dyslexie. Deze richtlijnen zijn opgesteld door de beroepsverenigingen NIP, NVO, LBRT en NVLF.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) Voor vergoeding van de diagnose moet de school van het kind dit kind hebben doorverwezen. De school moet dan eerst het Protocol Leesproblemen en Dyslexie doorlopen. Zo toetst de school of er een vermoeden is dat er sprake is van ernstige dyslexie. Er mag geen sprake zijn van andere lees- of spellingsproblemen, waarvoor al een behandeltraject via GGZ of gemeente bestaat.
- 2) Voor vergoeding van de behandelingen moet vervolgens ook uit diagnostisch onderzoek van een bevoegde instelling blijken dat het kind ernstig dyslectisch is. Ook moet blijken dat de dyslexie niet deel uitmaakt van complexere problematiek. Voor diagnose geldt het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling. Ook de behandelingen moeten verlopen volgens dit protocol. U kunt het protocol downloaden op onze website (fbto.nl) of bij ons opvragen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

ARTIKEL 18 *Logopedie*

Wij vergoeden de kosten van behandelingen door een logopedist voor zover deze zorg een geneeskundig doel heeft. Van de behandeling kan worden verwacht dat deze de spraakfunctie of het spraakvermogen herstelt of verbetert. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, medisch specialist of tandarts). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van logopedie.
- 2) Laat u zich behandelen op school? Dan vergoeden wij uw kosten alleen als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Soms bij gecontracteerde logopedisten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde logopedisten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze logopedisten kunnen u behandelen zonder verwijzing. Dit noemen wij DTL (Directe Toegang Logopedie). Wilt u weten welke gecontracteerde zorgverleners DTL aanbieden? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de behandeling? Dan is DTL niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer moet op de verklaring aangeven dat de behandeling aan huis moet plaatsvinden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde logopedist

Let op! Laat u zich behandelen door een logopedist die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het laagst door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke logopedisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde logopedisten vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a) behandelingen die wij niet onder logopedie verstaan. Dit is de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- b) toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

H9 Vervoer

ARTIKEL 19 *Vervoer van zieken*

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van vervoer:

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

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer:

- a) van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
- b) naar een instelling waar u op kosten van de AWBZ zult verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- c) vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de AWBZ onderzoek of een behandeling moet ondergaan;
- d) vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de AWBZ worden verstrekt;
- e) van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd taxibedrijf

Let op! Maakt u gebruik van een taxibedrijf waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij maximaal € 1,20 per kilometer. Wilt u weten welke taxivervoerders wij gecontracteerd hebben? Neem dan contact op met onze Vervoerslijn, telefoonnummer 071 - 365 41 54. Bereikbaar op werkdagen van 8.00 uur tot 18.00 uur.

Eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer

Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 96,- per persoon per kalenderjaar.

De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is volgens de kortste route, die door FBTO wordt vastgesteld.

Hardheidsclausule zittend ziekenvervoer

Als u niet onder bovenstaande criteria valt, kan er sprake zijn van vergoeding op basis van de hardheidsclausule. Ten eerste moet u dan langdurig aangewezen zijn op zittend ziekenvervoer, doordat u behandeld wordt voor een langdurige ziekte of aandoening. Ten tweede moet er sprake zijn van een onbillijkheid van overwegende aard, als wij het vervoer niet verstrekken. Wij bepalen of u hiervoor in aanmerking komt.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) Wij vergoeden de kosten van ambulancevervoer alleen, als zittend ziekenvervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- 2) Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vergoeding van de kosten van vervoer. Ook bepaalt deze op welke vorm van vervoer u recht heeft.
- 3) Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw basisverzekering vergoeden of die vanuit de AWBZ wordt vergoed.
- 4) Is zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer, eigen auto of ambulance niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.
- 5) In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- 6) U komt alleen in aanmerking voor vergoeding van vervoerskosten, als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

H10 Ziekenhuis, behandeling en verpleging

ARTIKEL 20 *Astma Centrum in Davos (Zwitserland)*

Heeft u astma? Dan heeft u recht op vergoeding van kosten van behandeling in het Nederlands Astma Centrum in Davos.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) Een soortgelijke behandeling in Nederland heeft bij u geen succes gehad en wij vinden de behandeling in Davos doelmatig.
- 2) U moet zijn doorwezen door een longarts of kinderarts.
- 3) Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

ARTIKEL 21 *Erfelijkheidsonderzoek en -advisering*

Wilt u erfelijkheidsonderzoek laten plaatsvinden? Of wilt u zich laten adviseren? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten hiervoor in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. Deze zorg omvat:

- a) onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
- b) chromosoomonderzoek;
- c) biochemische diagnostiek;
- d) ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- e) erfelijkheidsadvies en psychosociale begeleiding die met deze zorg te maken heeft.

Als het noodzakelijk is voor advies aan u, onderzoekt het centrum ook andere personen dan uzelf. Het centrum kan dan ook die personen adviseren.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts of verloskundige.

ARTIKEL 22 *Mechanische beademing*

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke mechanische beademing en medisch-specialistische zorg die hiermee samenhangt. De zorg kan plaatsvinden in een beademingscentrum of thuis.

Mechanische beademing thuis

Onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum mag de beademing thuis plaatsvinden. In dat geval:

- a) stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar;

- b) levert het beademingscentrum de medisch-specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met mechanische beademing.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorwezen door een longarts.

ARTIKEL 23 *Medisch-specialistische zorg (extramuraal)*

Laat u zich behandelen door een extramuraal werkend medisch specialist?

Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Dan vergoeden wij de kosten van:

- a) medisch-specialistische zorg;
- b) geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Als opname medisch noodzakelijk is, dan vergoeden wij dat op basis van de artikelen 31 en 32 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering.

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

Voor sommige behandelingen bestaat tijdelijk recht op vergoeding

Van enkele behandelingen die onder medisch-specialistische zorg vallen, is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Wij mogen enkele van deze behandelingen tijdelijk al wel vergoeden. Het gaat om de volgende behandelingen:

- a) tot 1 januari 2016: de behandeling van chronische aspecifieke rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken indien u deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek;
- b) tot 1 januari 2017: de behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie indien u deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek;
- c) tot 1 januari 2017: de behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie (IAT) indien u deelneemt aan de gerandomiseerde multicenterstudie 'Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands' (MR CLEAN);
- d) tot 1 januari 2018: behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose indien u deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek;
- e) tot 1 januari 2018: het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn indien u deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek.

Overgangsregeling: voor de behandelingen genoemd onder a, b en c geldt, voor verzekerden die gestart zijn met de behandeling voor 1 januari 2014, een overgangsregeling. Deze houdt in dat u niet verplicht hoeft deel te nemen aan de genoemde onderzoeken. U moet wel voldoen aan de voorwaarden zoals die op 31 december 2013 van toepassing waren.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, optometrist als het om oogzorg gaat of een andere medisch specialist.
- 2) Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde medisch specialist

Let op! Laat u zich behandelen door een extramuraal werkend medisch specialist die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke extramuraal werkend medisch specialisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Vergoedingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vallen niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke vergoeding u recht heeft voor de GGZ? Lees dan artikel 15 Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering over niet-klinische gespecialiseerde GGZ (tweedelijns GGZ).

ARTIKEL 24 *Medisch-specialistische zorg (poliklinisch)*

Ondergaat u een medisch-specialistische poliklinische behandeling?

Dan vergoeden wij de kosten van:

- a) medisch-specialistische zorg;
- b) paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Als opname medisch noodzakelijk is, dan vergoeden wij dat op basis van de artikelen 31 en 32 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering.

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

Voor sommige behandelingen bestaat tijdelijk recht op vergoeding

Van enkele behandelingen die onder medisch-specialistische zorg vallen, is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Wij mogen enkele van deze behandelingen tijdelijk al wel vergoeden. Het gaat om de volgende behandelingen:

- a) tot 1 januari 2016: de behandeling van chronische aspecifieke rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken indien u deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek;
- b) tot 1 januari 2017: de behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie indien u deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek;
- c) tot 1 januari 2017: de behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolyse (IAT) indien u deelneemt aan de gerandomiseerde multicenterstudie 'Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands' (MR CLEAN);
- d) tot 1 januari 2018: behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose indien u deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek;
- e) tot 1 januari 2018: het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn indien u deelneemt aan het door ZonMw gefinancierde onderzoek.

Overgangsregeling: voor de behandelingen genoemd onder a, b en c geldt, voor verzekerden die gestart zijn met de behandeling voor 1 januari 2014, een overgangsregeling. Deze houdt in dat u niet verplicht hoeft deel te nemen aan de genoemde onderzoeken. U moet wel voldoen aan de voorwaarden zoals die op 31 december 2013 van toepassing waren.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat of een andere medisch specialist.
- 2) Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd ziekenhuis

Let op! Het is mogelijk dat wij een ziekenhuis niet hebben gecontracteerd. Ook is het mogelijk dat wij een ziekenhuis niet voor bepaalde aandoeningen hebben gecontracteerd. Laat u zich behandelen in een ziekenhuis dat wij niet (voor uw aandoening) hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben en voor welke aandoeeningen? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet (voor bepaalde aandoeeningen) gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Vergoedingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vallen niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke vergoeding u recht heeft voor de GGZ? Lees dan artikel 15 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering over niet-klinische gespecialiseerde GGZ (tweedelijns GGZ).

ARTIKEL 25 *Thuisdialyse*

Ondergaat u een dialysebehandeling bij u thuis? Dan vergoeden wij de daarmee samenhangende kosten. Het betreft:

- a) de nodige aanpassingen in en aan de woning en voor later herstel in de oorspronkelijke staat. Wij vergoeden alleen de aanpassingskosten die wij redelijk vinden. Ook vergoeden wij deze aanpassingskosten alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien;
- b) overige redelijke kosten die rechtstreeks met uw thuisdialyse samenhangen (zoals kosten voor elektriciteit en water). Ook hierbij vergoeden wij alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Hiervoor moet u een begroting van de kosten hebben ingediend.

Let op! De reguliere kosten voor thuisdialyse, zoals apparatuur, deskundige begeleiding onderzoek en behandeling worden vergoed op basis van medisch specialistische zorg, zie hiervoor de artikelen 23, 24, 31 en 32 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering.

ARTIKEL 26 *Organtransplantaties*

Bij een organtransplantatie vergoeden wij de kosten van de volgende behandelingen:

- a) transplantatie van weefsels en organen in een ziekenhuis. De transplantatie moet plaatsvinden in:
 - een lidstaat van de Europese Unie;
 - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
 - een andere staat. De donor moet dan wel woonachtig zijn in die staat en uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad zijn;

- b) transplantatie van weefsels en organen in een zelfstandig behandelcentrum dat daarvoor bevoegd is op grond van wet- en regelgeving;

Bij een voorgenomen orgaantransplantatie heeft u recht op vergoeding van kosten van specialistische geneeskundige zorg die verband houdt met het:

- a) kiezen van de donor;
- b) operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c) onderzoeken, conserveren, verwijderen en vervoeren van het postmortale transplantatiemateriaal.

De donor heeft recht op vergoeding van kosten van:

- a) zorg die volgens deze polis vergoed wordt. De donor heeft hier recht op voor ten hoogste 13 weken, of een halfjaar als het om een levertransplantatie gaat, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis. Dit moet het ziekenhuis zijn waarin de donor werd opgenomen om het transplantatiemateriaal te selecteren of verwijderen. Daarnaast vergoeden wij alleen, als de verleende zorg verband houdt met die opname;
- b) vervoer in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel of, bij medische noodzaak, per auto. Het vervoer moet te maken hebben met selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis of met de zorg als bij punt a bedoeld;
- c) vervoer van en naar Nederland van een donor die woonachtig is in het buitenland. Wij vergoeden alleen aan de donor als u een nier-, beenmerg- of levertransplantatie ondergaat in Nederland. Wij vergoeden aan de donor ook de overige transplantatiekosten die ermee te maken hebben dat de donor woonachtig is in het buitenland. Let op! Verblijfskosten in Nederland en eventuele misgelopen inkomsten horen hier niet bij.

Voorwaarde voor vergoeding

Laat u de transplantatie plaatsvinden in een ziekenhuis? En is dit ziekenhuis niet door ons gecontracteerd? Dan moet u ons vooraf schriftelijk toestemming vragen. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum

Let op! Het is mogelijk dat wij een zelfstandig behandelcentrum niet hebben gecontracteerd. Ook is het mogelijk dat wij het zelfstandig behandelcentrum niet voor bepaalde aandoeningen hebben gecontracteerd. Laat u zich behandelen in een zelfstandig behandelcentrum dat wij niet (voor uw aandoening) hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zelfstandige behandelcentra wij een contract hebben en voor welke aandoeningen? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet (voor bepaalde aandoeningen) gecontracteerde zelfstandige behandelcentra vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

ARTIKEL 27 *Plastische chirurgie*

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- a) afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b) verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c) de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespelen;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken of
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- d) verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- e) de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
 - onbehandelbare smetten in huidplooiën;
 - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
- f) primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard). Deze ingreep moet uitgevoerd worden door een zorgverlener met wie wij een contract hebben.

Als opname medisch noodzakelijk is, dan vergoeden wij dat op basis van de artikelen 31 en 32 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. Wij vergoeden niet de kosten van de volgende ingrepen:

- a) het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie;
- b) het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- c) liposuctie van de buik;
- d) behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

ARTIKEL 28 *Revalidatie*

Wij vergoeden de kosten van medisch-specialistische revalidatie (28.1) en geriatrische revalidatie (28.2).

28.1 Medisch-specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan vergoeden wij deze kosten voor u. U heeft alleen recht op vergoeding van medisch-specialistische revalidatie, als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

- a) stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- b) een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

Wij vergoeden de kosten als u niet-klinisch revalideert (deeltijd- of dagbehandeling). In een aantal gevallen, vergoeden wij ook klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met opname spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder opname.

Hoeveel dagen klinische opname wij vergoeden

Wordt u opgenomen? Dan vergoeden wij uw kosten voor een periode van maximaal 365 dagen die u ononderbroken in de kliniek verblijft. Dit geldt ook voor overige opnames in (psychiatrisch) ziekenhuizen. Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbreekt u uw opname voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

28.2 Geriatrische revalidatie

Komt u in aanmerking voor geriatrische revalidatie? Dan vergoeden wij de kosten van deze zorg. Geriatrische revalidatiezorg omvat integrale, multidisciplinaire revalidatiezorg. Het gaat om zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. Geriatrische revalidatie is gericht op het verbeteren van de functionele beperkingen. Het doel van de revalidatie is dat u terugkeert naar de thuissituatie.

De wet stelt de volgende voorwaarden voor deze zorg:

- 1) De zorg sluit aan op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden.
- 2) Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Daarnaast spreken wij hier over behandelingen als bedoeld in artikel 8 van datzelfde besluit.
- 3) De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering in een ziekenhuis of zorginstelling.

Hoeveel dagen revalidatie wij vergoeden

Wij vergoeden geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 6 maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

ARTIKEL 29 *Second opinion*

Wilt u een second opinion? Dan vergoeden wij deze kosten voor u. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een tweede, onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de eerste arts.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij verder de volgende voorwaarden:

- 1) De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisverzekering
- 2) U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
- 3) De second opinion moet betrekking hebben op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is, en die uw eerste behandelaar met u heeft besproken.
- 4) Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw eerste behandelaar aan de tweede behandelaar.
- 5) U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Wat wij niet vergoeden

Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisverzekering verzekerde behandeling.

ARTIKEL 30 *Verpleging (extramuraal) buiten het ziekenhuis*

In artikel 15, 16, 25, 31 en 32 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling. U heeft echter ook in uw thuissituatie recht op vergoeding van kosten van verpleging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Namelijk als deze verpleging noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg. Ook gaat het om activiteiten waarover de specialist de directe regie voert en/of om noodzakelijke instructie en voorlichting die direct verband houdt met de medisch-specialistische behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

U heeft recht op vergoeding van kosten van thuisverpleging, als u nog onder behandeling staat van een medisch specialist.

Wat wij niet vergoeden

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of palliatieve zorg.

ARTIKEL 31 *Zelfstandig behandelcentrum (behandeling)*

Wordt u behandeld in een zelfstandig behandelcentrum? Dan vergoeden wij de kosten van:

- a) uw verblijf, inclusief verpleging en verzorging op basis van de laagste klasse;
- b) medisch-specialistische zorg;
- c) tijdens uw opname en behandeling: paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

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

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) U moet zijn doorwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, of een andere medisch specialist.
- 2) Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- 3) De verwijzer (onder 1) geeft de reden van uw opname door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- 4) Gaat het om plastische chirurgie? Dan vergoeden wij uw kosten alleen als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet tenminste 3 weken voor de behandeling. Als bewijs van onze toestemming geven wij het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum

Let op! Het is mogelijk dat wij een zelfstandig behandelcentrum niet hebben gecontracteerd. Ook is het mogelijk dat wij het zelfstandig behandelcentrum niet voor bepaalde aandoeningen hebben gecontracteerd. Laat u zich behandelen in een zelfstandig behandelcentrum dat wij niet (voor uw aandoening) hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zelfstandige behandelcentra wij een contract hebben en voor welke aandoeningen? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet (voor bepaalde aandoeningen) gecontracteerde zelfstandige behandelcentra vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

ARTIKEL 32 *Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis*

Heeft u een dagbehandeling nodig in een ziekenhuis? Of verblijft u langer dan 1 dag in een ziekenhuis? Dan vergoeden wij de kosten van:

- a) uw verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de laagste klasse;
- b) medisch-specialistische zorg;
- c) tijdens uw opname en behandeling: paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

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

Hoeveel dagen opname wij vergoeden

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis? Dan vergoeden wij uw kosten voor een periode van maximaal 365 dagen die u ononderbroken in het ziekenhuis verblijft. De volgende vormen van opname tellen ook mee:

- a) opname in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b) opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbreekt u uw opname voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, of een andere medisch specialist.

- 2) Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- 3) De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw opname door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- 4) Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan vergoeden wij uw kosten alleen als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor de ziekenhuisopname. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd ziekenhuis

Let op! Het is mogelijk dat wij een ziekenhuis niet hebben gecontracteerd. Ook is het mogelijk dat wij een ziekenhuis niet voor bepaalde aandoeningen hebben gecontracteerd. Laat u zich behandelen in een ziekenhuis dat wij niet (voor uw aandoening) hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben en voor welke aandoeningen? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet (voor bepaalde aandoeningen) gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

Wat wij niet vergoeden

Vergoedingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vallen niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke vergoeding u recht heeft voor de GGZ? Lees dan artikel 16 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering over psychiatrische ziekenhuisopname.

H11 Zwanger (worden)/baby/kind

ARTIKEL 33 *Bevalling en verloskundige zorg*

Bij de vergoeding van verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische noodzaak (33.1) en geen medische noodzaak (33.2).

33.1 **Met medische noodzaak**

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van:

- a) verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts. Ontvangt u verloskundige zorg van een verloskundige in een ziekenhuis? Dan moet deze zorg onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist vallen;
- b) het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verloskundigen als zorg plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een verloskundige of in een ziekenhuis die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke verloskundigen, ziekenhuizen en geboortecentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde verloskundigen of ziekenhuizen vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

33.2 **Zonder medische noodzaak**

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van:

- a) het gebruik van de verloskamer, als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 33,- per opnamedag (€ 16,50 voor de moeder en € 16,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 233,- per dag (€ 116,50 voor de moeder en € 116,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 33,- ook het bedrag dat boven de € 233,- per dag uitkomt;

- b) verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verloskundigen als zorg plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een verloskundige of in een ziekenhuis die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke verloskundigen, ziekenhuizen en geboortecentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde verloskundigen, of ziekenhuizen vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

ARTIKEL 34 *In-vitrofertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricatie*

Wij vergoeden de kosten van IVF (34.1), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (34.2), sperma invriezen (34.3) en eicelvitricatie (34.4).

34.1 IVF

Wilt u een IVF-behandeling? En bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u per te realiseren doorgaande zwangerschap recht op vergoeding van kosten van de eerste, tweede en derde poging, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Wat wordt verstaan onder een IVF-poging tot zwangerschap

Een IVF-poging tot zwangerschap bestaat uit maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende fasen:

- rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
- het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- eicelbevruchting en opkweken van embryo's in het laboratorium;
- terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te laten ontstaan. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan mag bij de eerste en tweede poging maar 1 embryo worden teruggeplaatst.

Pas als de follikelpunctie geslaagd is (fase b), tellen wij de poging mee. Daarna tellen alle pogingen mee die worden afgebroken, voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap.

Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt opnieuw als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan.

Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma-injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-poging.

Wat wordt verstaan onder doorgaande zwangerschap

Er wordt onderscheid gemaakt tussen 2 verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- a) fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie.
- b) zwangerschap na een IVF-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat de niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat de gevitricificeerde embryo is teruggeplaatst.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) De behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- 2) Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische verklaring nodig van uw behandelend arts.
- 3) Voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Maximum vergoeding voor geneesmiddelen

Wij vergoeden geneesmiddelen die nodig zijn voor een IVF-poging. Dit doen wij tot een bepaald maximum dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website (fbto.nl) vindt u een overzicht waarin u de maximale vergoeding van geneesmiddelen kunt opzoeken.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van geneesmiddelen die nodig zijn voor een 4de en volgende IVF-poging.

34.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u ook recht op vergoeding van kosten van andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Voorwaarde voor vergoeding

Voor recht op vergoeding van kosten van andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1) Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische verklaring nodig van uw behandelend arts.
- 2) Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.

Maximum vergoeding voor geneesmiddelen

Wij vergoeden geneesmiddelen die nodig zijn voor een vruchtbaarheidsbehandeling. Dit doen wij tot een bepaald maximum dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website (fbto.nl) vindt u een overzicht waarin u de maximale vergoeding van geneesmiddelen kunt opzoeken.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van geneesmiddelen die nodig zijn voor een 4de en volgende IVF-poging.

34.3 Sperma invriezen

Ondergaat u een medisch-specialistische behandeling met onbedoelde onvruchtbaarheid als mogelijk gevolg? Dan recht op vergoeding van kosten van het verzamelen, invriezen en bewaren van sperma.

De wet stelt hieraan de voorwaarde dat het invriezen van sperma onderdeel moet zijn van een medisch-specialistisch oncologisch zorgtraject.

Het kan ook gaan om een vergelijkbare behandeling die niet-oncologisch is. Het moet gaan om:

- 1) een grote operatie aan of om uw geslachtsdelen;
- 2) een chemotherapeutische en/of radiotherapeutische behandeling waarbij uw geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen.

34.4 Vitrificatie (invriezen) van menselijke eicellen en embryo's

Wilt u menselijke eicellen of embryo's laten vitrificeren? Dan heeft u recht op vergoeding van kosten van vitrificatie bij de volgende medische indicaties:

- a) U ondergaat chemotherapie met risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis;
- b) U ondergaat een radiotherapeutische behandeling waarbij uw eierstokken in het stralingsveld liggen en hierdoor permanente schade kunnen oplopen;
- c) U ondergaat een operatie, waarbij op medische indicatie (grote delen van) uw beide eierstokken moeten worden verwijderd.

Ook vergoeding bij andere medische indicaties

Bij de volgende medische indicaties loopt u een verhoogd risico dat u vroegtijdig onvruchtbaar wordt. Wij spreken hiervan als er sprake is van premature ovariële insufficiëntie (poi) voordat u 40 jaar bent geworden.

Ook dan heeft u recht op vergoeding van kosten van het vitrificeren. Het gaat om medische indicaties die samenhangen met de volgende kenmerken van de vrouwelijke fertiliteit:

- a) het fragiele-X-syndroom;
- b) het turnersyndroom (XO);
- c) galactosemie.

Bij deze medische indicaties heeft u recht op vergoeding van kosten van de volgende onderdelen van de behandeling:

- a) follikelstimulatie;
- b) eicelpunctie;
- c) vitrificeren van de eicellen.

Ook vergoeding bij IVF-gebonden indicatie

Tijdens een IVF-poging heeft u in sommige gevallen vanuit doelmatigheidsoverwegingen ook recht op vergoeding van kosten van vitrificeren. De poging moet dan wel onder uw basisverzekering vallen. Het gaat om de volgende situaties:

- a) Er is onverwacht geen sperma aanwezig van voldoende kwaliteit;
- b) Er worden eicellen gevitriciseerd in plaats van embryo's.

Bij IVF-gebonden indicatie heeft u alleen recht op vergoeding van kosten van het vitrificeren van eicellen.

Mogelijkheden na het vitrificeren van eicellen

Laat u na het vitrificeren uw eicellen weer ontdooven met als doel zwanger te worden? Dan bent u aangewezen op de fasen c en d van een IVF-poging (zie artikel 34.1 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering).

Let op! Bij terugplaatsing moet u jonger zijn dan 43 jaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) Het vitrificeren moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- 2) Laat u zich behandelen in een ziekenhuis in het buitenland? Dan moeten wij u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.
- 3) Op basis van de genoemde indicaties heeft u alleen recht op vergoeding van kosten van vitrificeren, als u jonger bent dan 43 jaar.

Maximum vergoeding voor geneesmiddelen

Wij vergoeden geneesmiddelen die nodig zijn voor het vitrificeren van eicellen. Dit doen wij tot een bepaald maximum dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website (fbto.nl) vindt u een overzicht waarin u de maximale vergoeding van geneesmiddelen kunt opzoeken.

ARTIKEL 35 *Kraamzorg*

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van kraamzorg. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat kraamverzorgenden plegen te bieden.

Kraamzorg kan plaatsvinden:

a) **thuis**

Voor kraamzorg thuis geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,10 per uur.

b) **in het ziekenhuis of in een geboorte- of kraamcentrum**

Verblijft u zonder medische indicatie in het ziekenhuis of in een geboorte- of kraamcentrum? Dan geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 33,- per opnamedag (€ 16,50 voor de moeder en € 16,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis of het geboorte- of kraamcentrum een bedrag dat hoger is dan € 233,- per dag (€ 116,50 voor de moeder en € 116,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 33,- ook het bedrag dat boven de € 233,- per dag uitkomt. U heeft recht op maximaal 10 dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Als de moeder en het kind samen het ziekenhuis of het geboorte- of kraamcentrum verlaten voordat deze 10 dagen verstreken zijn, dan bestaat er voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis.

Hoeveel kraamzorg krijgt u?

Op hoeveel uur kraamzorg u recht heeft, hangt af van uw persoonlijke situatie na de bevalling. Het geboorte- of kraamcentrum stelt dit in goed overleg met u vast. Hierbij volgt het centrum het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Op onze website (fbto.nl) vindt u het protocol en een toelichting op dit protocol of neem contact met ons op.

ARTIKEL 36 *Oncologieonderzoek bij kinderen*

Wij vergoeden de kosten van zorg van de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION). De SKION coördineert en registreert ingezonden lichaamsmateriaal en stelt de diagnose.

ARTIKEL 37 *Prenatale screening*

U heeft als vrouwelijke verzekerde recht op vergoeding van kosten van:

- counseling waarbij u wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt;
- het structureel echoscopisch onderzoek (SEO), ook wel de 20 wekenecho genoemd;
- de combinatietest (nekplooiemeting in combinatie met een bloedonderzoek) naar aangeboren afwijkingen in het eerste trimester van de zwangerschap. U heeft recht op vergoeding van deze zorg, als u:

- 36 jaar of ouder bent;
- jonger dan 36 jaar bent en een huisarts, verloskundige of medisch specialist u heeft doorverwezen.

Voorwaarde voor vergoeding

De zorgverlener die de prenatale screening uitvoert, moet een WBO-vergunning hebben óf een samenwerkingsverband met een regionaal centrum met een WBO-vergunning hebben.

H12 Overige

ARTIKEL 38 *Dieetadvisering*

Wij vergoeden de kosten van 3 uur dieetadvisering door een diëtist. Dit is 3 uur per kalenderjaar. Dieetadvisering bestaat uit voorlichting en advies op het terrein van voeding en eetgewoonten. De dieetadvisering heeft een medisch doel. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat diëtisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op vergoeding van de kosten van dieetadvisering.
- 2) Laat u zich adviseren op school? Dan vergoeden wij uw kosten alleen, als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Soms bij gecontracteerde diëtisten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde diëtisten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze diëtisten kunnen u adviseren zonder verwijzing. Dit noemen wij DTD (Directe Toegang Diëtist). Via de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde diëtisten die DTD aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de advisering? Dan is DTD niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer moet op de verklaring aangeven dat de advisering aan huis moet plaatsvinden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde diëtist

Let op! Laat u zich behandelen door een diëtist die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het laagst door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke diëtisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde diëtisten vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

Wij vergoeden niet de kosten van toeslagen voor:

- a) afspraken buiten reguliere werktijden;
- b) niet-nagekomen afspraken;
- c) eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

ARTIKEL 39 *Huisartsenzorg*

Wij vergoeden de kosten van geneeskundige zorg verleend door een huisarts. Een vergelijkbare arts of zorgverlener die onder zijn verantwoordelijkheid werkzaam is, kan de zorg ook verlenen. Als een huisarts het aanvraagt, heeft u ook recht op vergoeding van kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat huisartsen als zorg plegen te bieden.

ARTIKEL 40 *Ketenzorg bij diabetes mellitus type 2 en COPD*

Wij vergoeden de kosten van 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. Aan dit programma nemen meerdere zorgverleners uit verschillende disciplines deel.

Voorwaarde voor vergoeding

Ontvangt u ketenzorg? Dan moeten alle zorgonderdelen daaruit voldoen aan de zorgstandaard Diabetes mellitus of de zorgstandaard COPD.

Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorggroep

Let op! Maakt u gebruik van ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder) en COPD via een zorggroep die wij niet hebben gecontracteerd? Of heeft u diabetes mellitus type 2 en bent u jonger dan 18 jaar? Dan vergoeden wij alleen de zorg zoals huisartsen, diëtisten en medisch specialisten die plegen te bieden. Dat is de zorg zoals die is omschreven in artikel 23, 24, 38 en 39 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering. Daarnaast heeft u bij diabetes mellitus type 2 recht op de vergoeding van kosten van voetzorg zoals omschreven in artikel 2 van de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering.

Wilt u weten met welke zorggroepen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

ARTIKEL 41 *Stoppen-met-rokenprogramma*

Wij vergoeden maximaal 1 keer per kalenderjaar de kosten van een stoppen-met-rokenprogramma dat als doel heeft te stoppen met roken.

Dit stoppen-met-rokenprogramma moet bestaan uit geneeskundige en eventuele farmacotherapeutische interventies die gedragsverandering ondersteunen met als doel stoppen met roken. Het gaat hierbij om ondersteuning zoals huisartsen, medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1) U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een medisch specialist.
- 2) Farmacotherapie met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline, bupropion en varenicline wordt uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 100% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.fbto.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website (fbto.nl) of kunt u bij ons opvragen.

ARTIKEL 42 *Trombosedienst*

Heeft u te maken met trombose? Dan vergoeden wij de kosten van zorg van een trombosedienst. De zorg houdt in dat de dienst:

- a) regelmatig bloedmonsters afneemt;
- b) de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken verricht om de stollingstijd van uw bloed te bepalen. De trombosedienst kan deze onderzoeken ook door een ander laten verrichten. De trombosedienst blijft verantwoordelijk;
- c) apparatuur en toebehoren aan u ter beschikking stelt om zelf de stollingstijd van uw bloed te meten;
- d) u opleidt om deze apparatuur te gebruiken en u begeleidt bij uw metingen;
- e) u adviseert over het gebruik van geneesmiddelen om uw bloedstolling te beïnvloeden.

Voorwaarde voor vergoeding

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

BIJLAGE
CLAUSULEBLAD TERRORISME

Clausuleblad terrorismedekking

bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor
Terrorismeschaden N.V. (NHT)

ARTIKEL 1 *Begripsomschrijvingen*

In dit Clausuleblad en de daarop berustende bepalingen wordt - voor zover niet anders blijkt - verstaan onder:

Lid 1 **Terrorisme:**

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

Lid 2 **Kwaadwillige besmetting:**

Het - buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 op het financieel toezicht genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/ of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

Lid 3 **Preventieve maatregelen:**

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

Lid 4 Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT):

Een door het Verbond van Verzekeraars opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

Lid 5 Verzekeringsovereenkomsten:

- a) Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1:1 onder 'staat waar het risico is gelegen' van de Wet op het financieel toezicht betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
- b) Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- c) Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

Lid 6 In Nederland toegelaten verzekeraars:

Levens-, natura- uitvaart- en schadeverzekeraars die op grond van de Wet op het financieel toezicht bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

ARTIKEL 2 *Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico*

Lid 1 Indien en voor zover, met inachtneming van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

- terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen, hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet op het financieel toezicht aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

Lid 2 De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervóór genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in 3 landelijk verschijnende dagbladen.

Lid 3 In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:

- schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan,
- gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan, dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.

Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan vijftig meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er ten minste een op het risicoadres is gelegen. Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep zoals bedoeld in artikel 2:24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

ARTIKEL 3 *Uitkeringsprotocol NHT*

Lid 1 Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit Protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.

Lid 2 De NHT is, met inachtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt.

Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

Lid 3 Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.

Lid 4 De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.

Dit Clausuleblad is gedeponereerd op 10 januari 2007 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 3/2007 en op 10 januari 2007 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam.

Notities

Notities

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.