

Zorgverzekering van A tot Z

Verzekeringsvoorwaarden voor uw
Anderzorg zorgverzekering 2015

Basis Fysiotherapie Buitenland Tand

Contact en service

Heeft u vragen of wilt u iets doorgeven? We helpen u graag. U kunt ons bereiken per telefoon, per e-mail, per post en in onze winkels én servicepunten. Of kijk op www.anderzorg.nl/klantenservice.

Onze website

Op www.anderzorg.nl vindt u alle informatie over uw verzekering. U kunt er bijvoorbeeld uw premie berekenen, online declareren, zorgaanbieders vinden en alle vergoedingen van A tot Z bekijken en vergelijken.

Per e-mail

U kunt ons uw vraag ook per e-mail stellen. Op www.anderzorg.nl/contact vindt u ons contactformulier.

Bellen met Anderzorg

Heeft u vragen over zorg of uw zorgverzekering? We helpen u graag. De belangrijkste telefoonnummers vindt u hieronder. Kijk voor de actuele openingstijden op www.anderzorg.nl/contact.

Telefoonnummers

Klantenservice	0900 16 16 160	
Anderzorg Zorgadviseur	0900 16 16 160	
Anderzorg Servicelijn Kraamzorg	0900 202 50 03	24 uur per dag bereikbaar
Anderzorg Alarmcentrale	+31 317 455 555	24 uur per dag bereikbaar
Anderzorg Servicelijn Vervoer	+31 317 492 051	

Postadres

Anderzorg
Postbus 1177
7500 BD Enschede

Klachten

Voor klachten en geschillen, kijk op de [klantenservicepagina](#) van onze website. Of zie artikel A17 in de Algemene voorwaarden.

De voordelen van online declareren

Gemakkelijk declareren zonder veel papierwerk? Dit kan online in Mijn Anderzorg. U logt eenvoudig in met uw DigiD. Voer uw gegevens in en voeg een duidelijke scan of leesbare foto van de nota bij. De status van uw declaratie kunt u daarna volgen in Mijn Anderzorg.

U kunt ook mobiel declareren met de declaratie-app. De app is er voor Android en IOS. Na het downloaden van de app moet u deze eenmalig activeren met uw DigiD. Na het activeren kunt u direct gebruik maken van de app.

Kijk voor meer informatie op www.anderzorg.nl/declareren.

Inhoud

Contact en service	2	De algemene voorwaarden	53
Uw Basisverzekering		De algemene voorwaarden (1)	53
Anderzorg Basis	4	A1 Algemeen.....	53
Buitenland.....	7	A2 Werkgebied.....	53
Audiologische hulp.....	7	A3 Verzekeringsduur	53
Dieetadvisering	8	A4 Terugwerkende kracht	54
Dieetpreparaten.....	9	A5 Hoe kunt u de verzekering wijzigen?	54
Erfelijkheidsonderzoek.....	10	A6 Hoe kunt u de verzekering opzeggen?.....	54
Ergotherapie	11	A7 Wanneer kunt u opzeggen?	54
Fysiotherapie, oefentherapie, bekkenfysiotherapie.....	11	A8 Kan Anderzorg de verzekering beëindigen? .	55
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ).....	15	A9 Wanneer eindigt de Basisverzekering van rechtswege?	56
Geneesmiddelen.....	18	A10 Bedenktijd	56
Huisartsenzorg.....	21	A11 Waarover informeert u Anderzorg?.....	56
Hulpmiddelen	22	A12 Premie, manier van betalen en betaling eigen risico	56
In-vitrofertilisatie (IVF)	24	A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt	57
Kraamzorg.....	26	A14 Mag Anderzorg de voorwaarden en premie wijzigen?	59
Logopedie.....	27	A15 Collectieve verzekering.....	59
Medisch specialistische zorg	28	A16 Als u een nota indient.....	59
Niet-klinische dialyse.....	30	A17 Klachten en geschillen.....	60
Oncologische hulp voor kinderen.....	31	A18 Wie is Anderzorg?.....	61
Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie	32	A19 Molest	61
Revalidatie.....	33	A20 Terrorisme.....	61
Second opinion	35	A21 Gereserveerd	62
Stoppen met roken.....	36	A22 Aansprakelijkheid	62
Tandheelkunde.....	37	A23 Geen vergoeding voor niet nagekomen afpraak	62
Transplantatie	39	A24 Fraudebestrijding.....	62
Trombosedienst.....	40	A25 Gedragscode persoonsgegevens	62
Verblijf.....	41	A26 Overig	63
Verloskundige zorg	42	De algemene voorwaarden (2)	64
Vervoer per ambulance	43	Algemeen.....	64
Verpleging en verzorging	43	A27 Opzeggen	64
Voorwaardelijke toelating	45	A28 Kan Anderzorg de verzekering beëindigen?	64
Zintuiglijk gehandicaptenzorg.....	46	A29 Wijziging.....	64
Zittend ziekenvervoer	48	A30 Premie.....	64
Uw aanvullende verzekering	49	A31 Voor uw kind.....	64
Buitenland.....	50	A32/A33 Samenloop.....	65
Fysiotherapie en Oefentherapie		A34 Terrorisme.....	65
Cesar/Mensendieck.....	51	A35 Atoomkernreacties.....	65
Tandheelkundige zorg.....	52	A36 Afwijzing aanvraag	65

Uw Basisverzekering Anderzorg Basis

Hierna vindt u op alfabetische volgorde de zorg omschreven waarvoor u verzekerd bent.

Uw Basisverzekering

De overheid stelt het verzekerde pakket van de Basisverzekering vast. De Zorgverzekeringswet en de daarbij horende regelgeving, schrijft voor waarvoor u verzekerd moet zijn. Elke zorgverzekeraar moet zich strikt aan de wet houden. In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij zo duidelijk mogelijk aangegeven waarvoor u verzekerd bent. Als er iets in deze verzekeringsvoorwaarden onverhoopt niet helemaal overeenkomt met de wettelijke regeling, dan geldt voor u wat in die wettelijke regeling staat.

Als een wettelijke regeling kan zorgen voor betaling van dezelfde zorg, heeft u geen recht op die zorg vanuit deze Basisverzekering. Forensische zorg als bedoeld in artikel 2 van het Interimbesluit forensische zorg en geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd in uw Basisverzekering. Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben we afspraken met gemeenten gemaakt (artikel 14a van de Zorgverzekeringswet). Voor zover deze van belang zijn voor de verzekeringsvoorwaarden, zijn ze conform artikel 14a lid 1 in deze verzekeringsvoorwaarden verwerkt.

Natura

U heeft gekozen voor de Anderzorg Basis. Dit is een verzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont, of daarbuiten en die een zorgverzekering moet sluiten. Anderzorg Basis is een naturaverzekering. Natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf (de tegenhanger van natura is restitutie: restitutie betekent dat u geen recht heeft op de zorg zelf, maar op vergoeding van de kosten van zorg en op bemiddeling om die zorg te krijgen). Op de volgende bladzijden staat alle zorg beschreven waarvoor u verzekerd bent.

Naar een gecontracteerde zorgaanbieder

Zorg in natura betekent dat u recht heeft op de zorg zelf. Daarom sluit Anderzorg overeenkomsten met zorgaanbieders over kwaliteit, prijs, toegankelijkheid en toegangstijden. Anderzorg heeft geregeld dat de nota rechtstreeks van de zorgaanbieder naar Anderzorg wordt gestuurd. In de volgende artikelen kunt u nalezen welke soort zorgaanbieder de zorg mag leveren. Een zorgaanbieder is bijvoorbeeld een ziekenhuis, medisch specialist, logopedist, fysiotherapeut, enzovoort.

De Anderzorg Zorgvinder

Anderzorg maakt afspraken met zorgaanbieders bij u in de buurt over de kwaliteit, snelheid, service en prijs van de zorg. Welke zorgaanbieders met Anderzorg een overeenkomst hebben, vindt u via 'De Zorgvinder', op www.anderzorg.nl/zorgvinder. Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met onze Klantenservice. Als u vragen heeft over de zorg, belt u dan met de Anderzorg Zorgadviseur op 0900 16 16 160.

Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Kiest u voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Anderzorg heeft gesloten, dan vergoedt Anderzorg de kosten tot een maximumbedrag. Anderzorg vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Anderzorg gemiddeld voor die

behandeling heeft gecontracteerd. Op onze website www.anderzorg.nl/vergoedingen kunt u hierover meer informatie vinden. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. Op het te vergoeden bedrag worden eventueel verschuldigde eigen bijdragen en daarna verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht.

Let op

Zorg verleend door een zorgaanbieder die niet voldoet aan de criteria zoals genoemd in de verzekeringsvoorwaarden, komt in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking.

De inhoud en omvang van de zorg

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

Redelijke termijn en afstand

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van uw huisadres. Wat redelijk is, hangt af van de vorm en de urgentie van de zorg. U heeft in elk geval recht op zorg binnen de termijn die medisch gezien als maximaal aanvaardbaar wordt beschouwd.

Verzekeringsreglement

In de verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar het Verzekeringsreglement, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering. Deze maken onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. Het Verzekeringsreglement kunt u downloaden op www.anderzorg.nl. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice. Het Besluit Zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering vindt u op www.overheid.nl.

Toestemming

Voor bepaalde vormen van zorg heeft u vooraf schriftelijke toestemming van Anderzorg nodig. Waar dat het geval is, staat het vermeld en ook wat u moet doen om de toestemming te krijgen.

Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 375 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 4, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 7, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 11, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 14, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 27.

Let op

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel),
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,
- huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,
- wijkverpleegkundige zorg,
- vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij de 8^e en 9^e punt van de opsomming onder 'Welke zorg',
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij de 7^e punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstreken.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als Anderzorg uw zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Anderzorg) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Anderzorg. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Anderzorg. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Voorbeelden

1. U wordt op 20 november 18 jaar. Het eigen risico gaat dan gelden vanaf 1 december. Dat jaar is het eigen risico voor 31/365 deel van toepassing.
2. U heeft een eigen risico van € 375. U wordt behandeld in het ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Anderzorg vergoedt de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U ontvangt dan een nota van Anderzorg van € 375.
3. U wordt op 20 december 2015 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2016 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu éénmaal toegepast in het jaar 2015.

Volgorde van de eigen betalingen

Op de vergoeding van een nota kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast is als volgt:

1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele niet verzekerde deel afgetrokken, daarna

2. het eventuele deel dat niet vergoed wordt omdat de zorgaanbieder met Anderzorg geen contract heeft, daarna
3. de eventuele eigen bijdrage, daarna
4. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna
5. het nog openstaande deel van het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico.

Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-verordening 83/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Anderzorg gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op zorg van een door Anderzorg gecontracteerde zorgaanbieder, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland door een niet gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn verleend.

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Anderzorg nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als de vraag en noodzaak voor die zorg ontstond terwijl u in het buitenland verbleef en de zorg redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale op +31 317 455 555. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale direct in bij spoedeisende zorg.

Extra informatie

U kunt extra informatie over zorg in het buitenland vinden op www.anderzorg.nl.

Audiologische hulp

Audiologische hulp is een vorm van medisch specialistische zorg. Audiologische hulp is het voorkomen, opsporen, onderzoeken en behandelen van allerlei stoornissen aan het gehoor.

Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek naar de gehoorfunctie,
- advisering over aan te schaffen gehoorapparatuur,
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
- psychosociale zorg als u problemen heeft met de gestoorde gehoorfunctie,
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij een kind.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor audiologische hulp naar een audiologisch centrum. Anderzorg heeft audiologische centra gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'audiologische hulp' een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op audiologische hulp als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist (kinderarts of keel-, neus- en oorarts).

Extra informatie

Zoekt u informatie over gehoorhulpmiddelen (hoortoestel)? Gehoorhulpmiddelen vallen onder Hulpmiddelen. Meer informatie vindt u in het Verzekeringsreglement en de Regeling zorgverzekering. Deze vindt u op www.anderzorg.nl.

Dieetadvisering

Dieetadvisering is voorlichting over voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Een diëtist is de aangewezen deskundige die voedingspatronen ontdekt, bestudeert en zo nodig aanpast. De diëtist kan door middel van het adviseren van een bepaald eetpatroon (dieet) de lichamelijke gezondheid bevorderen.

Welke zorg

U heeft per kalenderjaar recht op maximaal 3 behandelingen dieetadvisering met een medisch doel over voeding en eetgewoonten. Een behandelaar bestaat uit de geplande tijd die de diëtist met u in gesprek is en de gemiddelde tijd die nodig is voor de werkzaamheden rondom het consult (bijvoorbeeld informatie opzoeken, een dieetadvies op papier zetten of een rapportage aan de arts maken).

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een diëtist die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. U kunt dit register vinden op www.kwaliteitsregisterparamedici.nl. Anderzorg heeft diëtisten gecontracteerd. U kunt uit deze diëtisten kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van diëtisten die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde diëtist gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een diëtist direct toegankelijk is. In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist of jeugdarts, of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- Als u naar een gecontracteerde diëtist gaat die niet direct toegankelijk is.
- Als u naar een niet-gecontracteerde diëtist gaat.
- Als u naar een diëtist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt.
- Als u dieetadvies buiten de praktijk van de diëtist wilt.

Dieetpreparaten

Een dieetpreparaat is een voedingsmiddel met een andere samenstelling én in een andere vorm dan normale voeding. Een voorbeeld is sondevoeding.

Welke zorg

U heeft recht op polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten. U heeft alleen recht op dieetpreparaten als u niet kunt uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding, en:

- u lijdt aan een stofwisselingsstoornis,
- u lijdt aan een voedselallergie,
- u lijdt aan een resorptiestoornis,
- u lijdt aan een via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop, of
- daarop bent aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor dieetpreparaten naar een apotheek, een apotheekhoudende huisarts of een leverancier van dieetpreparaten. Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Anderzorg heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. U krijgt voor dieetpreparaten maximaal de apotheekinkoopprijs zoals deze geldt in de maand van aflevering, min een korting van 20%. Deze inkoopprijs is opgenomen in de Z-indextaxe (prijslijst voor geneesmiddelen die maandelijks door het bedrijf Z-index wordt uitgegeven). Voor de zorgkosten (bijvoorbeeld advies over geneesmiddelengebruik) geldt een maximum vergoedingsbedrag. U kunt deze bedragen vinden op www.anderzorg.nl/vergoedingen.

Behandeladvies

U heeft een behandeladvies nodig van een huisarts, medisch specialist of diëtist.

Maximale periode

Per recept heeft u recht op dieetpreparaten voor maximaal 1 maand.

Toestemming

Als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, levert u samen met het recept een door uw huisarts, medisch specialist of diëtist ingevulde artsenverklaring in. Als aan de indicatievoorwaarden is voldaan krijgt u de dieetpreparaten direct mee. Als u naar een zorgaanbieder gaat die geen overeenkomst met Anderzorg heeft gesloten, heeft u voorafgaande toestemming van Anderzorg nodig. U kunt in dat geval gebruik maken van een aanvraagformulier farmaceutische zorg van Anderzorg.

Bij de aanvraag moet u een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van uw behandelend arts meesturen. U vindt het aanvraagformulier op www.anderzorg.nl.

Let op

- Koopt u een dieetpreparaat in de algemene verkoop, zoals in de supermarkt of bij de drogist? Dan krijgt u geen vergoeding.
- De artsenverklaring wordt beoordeeld door de zorgaanbieder. Als u dat niet op prijs stelt, wordt de artsenverklaring beoordeeld door Anderzorg.

Erfelijkheidsonderzoek

Erfelijkheidsonderzoek is een vorm van medisch specialistische zorg (zie ook dat artikel). Bij erfelijkheidsonderzoek wordt uitgezocht of een bepaalde aandoening of aangeboren afwijking erfelijk is.

Welke zorg

U heeft recht op:

- centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten,
- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek,
- erfelijkheidsadviesing en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding,
- onderzoek bij andere personen als dit nodig is om u te adviseren. Deze andere personen kunnen dan ook geadviseerd worden.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor een erfelijkheidsonderzoek naar een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. Dit is een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing. Anderzorg heeft centra voor erfelijkheidsonderzoek gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'erfelijkheidsonderzoek' een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op erfelijkheidsonderzoek als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Ergotherapie

Ergotherapie helpt mensen die door lichamelijke, geestelijke, zintuiglijke of emotionele aandoeningen problemen ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. De ergotherapeut zorgt voor praktische oplossingen in de omgeving van de cliënt, zodat dagelijkse handelingen weer mogelijk zijn. De ergotherapeut kan ook advies geven over het gebruik van hulpmiddelen en ondersteuning bieden in de aanvraagprocedure.

Welke zorg

U heeft per kalenderjaar recht op maximaal 10 behandelingen ergotherapie als die het doel heeft uw zelfzorg en uw zelfredzaamheid te bevorderen en te herstellen.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een ergotherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft. U kunt dit register vinden op www.kwaliteitsregisterparamedici.nl.

Anderzorg heeft ergotherapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze ergotherapeuten kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde ergotherapeut gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een ergotherapeut direct toegankelijk is.

In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist of jeugdarts, of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- Als u naar een gecontracteerde ergotherapeut gaat die niet direct toegankelijk is.
- Als u naar een niet-gecontracteerde ergotherapeut gaat.
- Als u naar een ergotherapeut gaat die werkzaam is in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum.

Fysiotherapie, oefentherapie, bekkenfysiotherapie

Fysiotherapie

De fysiotherapeut stabiliseert, vermindert of herstelt een functiestoornis of de gevolgen daarvan door het toepassen van fysiotherapie, advisering of begeleiding. Hiermee probeert hij de functie van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Normale houding en beweging zijn weer mogelijk of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

Welke zorg

U heeft recht op fysiotherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar.

18 jaar of ouder

U heeft recht op fysiotherapie vanaf de 21^e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Bij een aantal aandoeningen heeft u recht op fysiotherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is vindt u op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld. Dit is de lijst opgenomen in Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst vindt u op www.anderzorg.nl. U kunt ook bellen met de Klantenservice.

Let op

U heeft geen recht op de eerste 20 behandelingen per aandoening. In de aanvullende verzekeringen van Anderzorg zijn een aantal behandelingen verzekerd. Kijk daarvoor in uw aanvullende verzekering.

Jonger dan 18 jaar

U heeft recht op fysiotherapie in dezelfde gevallen als mensen van 18 jaar of ouder, maar dan vanaf de 1^e behandeling. Als u een aandoening heeft die niet op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld staat, heeft u recht op ten hoogste 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Als de eerste 9 behandelingen niet toereikend zijn, heeft u recht op nog eens ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een fysiotherapeut, een kinderfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemtherapeut, een geriatriefysiotherapeut of een bekkentherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie. Voor oedeemtherapie en littekentherapie kunt u ook naar een huidtherapeut die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft.

Anderzorg heeft therapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze therapeuten kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

In de volgende gevallen heeft u vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist, jeugdarts of tandarts, of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- Als het gaat om een aandoening die staat op de hierboven bedoelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering). Uw medisch specialist moet in dat geval de diagnose gesteld hebben.
- Als u jonger bent dan 18 jaar: als u voor de 1^e 9 behandelingen naar een niet-gecontracteerde therapeut gaat of naar een gecontracteerde therapeut gaat die niet direct toegankelijk is.
- Als u jonger bent dan 18 jaar: als het gaat om de 2^e behandelreeks van 9 behandelingen.
- Voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut.

Let op

- Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness of een vergelijkbare activiteit, zoals fysiofitness, slender you en groepszwemmen, is niet verzekerd.

- Het is mogelijk dat Anderzorg navraag doet over nut en noodzaak van de behandeling bij de fysiotherapeut. Bijvoorbeeld als u meer dan 50 behandelingen per jaar krijgt. Anderzorg en de beroepsgroep van fysiotherapeuten vinden doelmatige zorgverlening belangrijk. Zo zorgen we ervoor dat u de juiste behandeling krijgt en kunnen we de kosten voor u zo laag mogelijk houden.

Oefentherapie (Cesar/Mensendieck)

Oefentherapie is een behandeling volgens de theorieën van Cesar of Mensendieck.

De therapie is gericht op de verbetering van de houding en manier van bewegen van mensen met lichamelijke klachten. Marie Cesar en Bess Mensendieck zijn de grondleggers van oefentherapie. De gedachte achter de therapie is dat houdingen en bewegingen onbewust aangepast worden aan klachten en dat deze klachten hierdoor in stand worden gehouden. De therapie bestaat uit oefeningen om de houding en beweging te corrigeren.

Welke zorg

U heeft recht op oefentherapie. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u ouder of jonger bent dan 18 jaar.

18 jaar of ouder

U heeft recht op oefentherapie vanaf de 21^e behandeling, als het gaat om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst. Bij een aantal aandoeningen heeft u recht op oefentherapie voor een maximale periode. Of dat het geval is vindt u op de lijst die de minister van VWS heeft vastgesteld. De lijst is opgenomen in bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering. Deze lijst vindt u op www.anderzorg.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

Let op

U heeft geen recht op de 1^e 20 behandelingen per aandoening. In de aanvullende verzekeringen van Anderzorg is een aantal behandelingen verzekerd. Kijk daarvoor in uw aanvullende verzekering.

Jonger dan 18 jaar

U heeft recht op oefentherapie in dezelfde gevallen als mensen van 18 jaar of ouder, maar dan vanaf de 1^e behandeling. Als u een aandoening heeft die niet op de lijst staat, heeft u recht op ten hoogste 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Als de 1^e 9 behandelingen niet toereikend zijn, heeft u recht op nog eens ten hoogste 9 behandelingen per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een oefentherapeut Cesar/Mensendieck of een kinderoefentherapeut, die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteitsgeregistreerd' heeft.

Anderzorg heeft oefentherapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze oefentherapeuten kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

In de volgende gevallen heeft u vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist of van uw bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben:

- Als het gaat om een aandoening die staat op de hierboven bedoelde lijst (Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering). Uw medisch specialist moet in dat geval de diagnose gesteld hebben.
- Als u jonger bent dan 18 jaar: als u voor de 1^e negen behandelingen naar een niet-gecontracteerde therapeut gaat of naar een gecontracteerde therapeut gaat die niet direct toegankelijk is.
- Als u jonger bent dan 18 jaar: als het gaat om de 2^e behandelreeks van 9 behandelingen.
- Voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut.

Let op

- Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness of een vergelijkbare activiteit, zoals fysiofitness, slender you en groepszwemmen, is niet verzekerd.
- Wanneer de kinderoefentherapeut hiervoor een overeenkomst met Anderzorg heeft gesloten kan een behandeling ook in de vorm van een beweegprogramma worden gegeven.

Bekkenfysiotherapie

De bekkenfysiotherapeut helpt bij het leren herkennen en trainen van alle relevante spieren rondom het bekken. De bekkenbodem is een spierlaag onder in het bekken, die de buikorganen draagt, zorgt voor het openen en sluiten van de bekkenuitgang en die bijdraagt aan de stabiliteit van het bekken. De bekkenbodemspieren werken nauw samen met de buik- en rugspieren en hebben een belangrijke functie in het dagelijks bewegen en bij het voorkómen van rug- en bekkenpijn.

Welke zorg

U heeft recht op maximaal 9 behandelingen bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie als u 18 jaar of ouder bent.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een bekkenfysiotherapeut die staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie.

Anderzorg heeft therapeuten gecontracteerd. U kunt uit deze therapeuten kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op bekkenfysiotherapie als u een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of verloskundige.

Let op

Het werken aan verbetering of behoud van de conditie in de vorm van medische fitness of een vergelijkbare activiteit, zoals fysiofitness, slender you en groepszwemmen, is niet verzekerd.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Geestelijke Gezondheidszorg is diagnostiek en behandeling van mensen met psychische stoornissen. Het doel is de geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren en de kwaliteit van leven te verbeteren. De GGZ is onderverdeeld in psychologische zorg geleverd door de huisarts, generalistische basis GGZ (GBGGZ) en gespecialiseerde GGZ. Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) is weer onderverdeeld in ambulante gespecialiseerde GGZ (zonder opname) en klinische gespecialiseerde GGZ (met opname). Geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jongeren als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd.

Generalistische Basis GGZ

Welke zorg

U heeft recht op generalistische basis GGZ indien er sprake is van een erkende psychische DSM-stoornis. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Behandeling vindt plaats op basis van een zorgproduct Kort, Middel, Intensief of Chronisch. Een zorgproduct duurt maximaal 365 dagen. Het zorgproduct wordt bepaald door een behandelplan dat uw behandelaar samen met u vaststelt. De omvang van de zorg is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

Let op

- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u de behandeling start of informeer bij onze afdeling Zorgadvies 0900 16 16 160.
- U heeft geen recht op behandeling van aanpassingsstoornissen en de hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een gezondheidszorgpsycholoog, een psychotherapeut, een psychiater of een klinisch psycholoog. U kunt ook naar een verpleegkundig specialist GGZ als de behandeling plaatsvindt op grond van zorgproduct Chronisch. U kunt naar een GGZ-instelling waar een gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, psychiater of klinisch psycholoog hoofdbehandelaar is. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren.

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op Generalistische basis GGZ als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts. De datum op de verwijsbrief moet dus eerder zijn dan de datum van uw eerste bezoek aan de zorgaanbieder GBGGZ. In de verwijsbrief moet in ieder geval staan welke stoornis uw huisarts denkt dat u heeft.

Gespecialiseerde GGZ zonder opname

Bij gespecialiseerde GGZ krijgt u zorg op specialistisch niveau. Ambulante gespecialiseerde GGZ wil zeggen dat u regelmatig een bezoek brengt aan de hulpverlener voor uw behandeling, maar dat u gewoon thuis leeft en slaapt. De meeste psychische stoornissen kunnen ambulant behandeld worden.

Welke zorg

U heeft recht op diagnostiek en behandeling bij complexe en/of meervoudige psychische stoornissen waarbij de actieve betrokkenheid van een psychiater of klinisch psycholoog noodzakelijk is en vaak ook een multidisciplinaire aanpak gewenst is. De omvang van de zorg binnen de SGGZ is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden.

Let op

- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u de behandeling start of informeer bij onze Afdeling Zorgadvies 0900 16 16 160.
- U heeft geen recht op behandeling van aanpassingsstoornissen en de hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.

Welke zorgaanbieder

Voor gespecialiseerde GGZ zonder opname kunt u naar een zelfstandig gevestigde psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. U kunt ook naar een GGZ-instelling, waar een psychiater of klinisch psycholoog hoofdbehandelaar is. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren. Ook kunt u naar de polikliniek van een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op gespecialiseerde GGZ zonder opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts. Deze verwijsbrief dient gedateerd te zijn van voor het bezoek aan de SGGZ, dient specifiek naar de SGGZ te verwijzen en dient tenminste te vermelden wat de door de huisarts vermoede psychische stoornis is. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was dan heeft u zo'n schriftelijke verwijzing niet nodig.

Let op

- Komt u zonder tijdige afmelding niet op uw afspraak? Dan moet u de kosten daarvan zelf betalen.
- Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de eerste declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar Anderzorg op te sturen. Deze verklaring is te vinden op www.anderzorg.nl/vergoedingen.

Gespecialiseerde GGZ met opname

Sommige psychische problematiek is zo ernstig, dat een ambulante behandeling niet toereikend is. Opname in een psychiatrische kliniek of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis is dan de beste oplossing. Dat betekent dat u uw behandeling ontvangt in de kliniek maar ook dat u voor de duur van de behandeling leeft en slaapt in de kliniek of het ziekenhuis. Ook in geval van een crisissituatie kan besloten worden tot een opname.

Welke zorg

U heeft recht op:

- opname en verblijf, gedurende het etmaal, in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende maximaal 1.095 dagen. Een onderbreking van maximaal 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar telt niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 1.095 dagen;
- bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, verpleging en verzorging, gedurende de periode van opname.

Let op

- Ontvangt u op 1 januari 2015 langer dan 1 jaar, maar korter dan 3 jaar intramurale GGZ-zorg? Dan ontvangt u deze zorg ten laste van de Wet langdurige zorg (Wlz) – voorheen de AWBZ. U hoeft geen beroep te doen op deze Basisverzekering.
- Niet elke behandeling van een psychische stoornis of GGZ-behandeling is verzekerd in de Basisverzekering. Laat u hierover goed informeren door uw zorgaanbieder voordat u voor behandeling wordt opgenomen of informeer bij onze afdeling Zorgadvies 0900 16 16 160.
- U heeft geen recht op behandeling van aanpassingsstoornissen en de hulp bij psychische klachten die verband houden met werk- en relatieproblemen.

Welke zorgaanbieder

U kunt terecht bij een GGZ-instelling of bij de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, waar een psychiater of klinisch psycholoog als hoofdbehandelaar fungeert. Andere bij uw behandeling betrokken behandelaren in die instelling moeten dan formeel onder verantwoordelijkheid en toezicht van die hoofdbehandelaar hun taken uitvoeren.

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Wilt u kiezen voor een behandeling met opname bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Anderzorg heeft gesloten, dan heeft u daar vooraf een schriftelijke toestemming van Anderzorg voor nodig.

Verwijzing

U heeft alleen recht op gespecialiseerde GGZ met opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts. Als er sprake is van spoedeisende zorg waarvoor in redelijkheid geen verwijzing mogelijk was dan heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Toestemming

- Als u kiest voor een behandeling met verblijf bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Anderzorg heeft gesloten, heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Anderzorg nodig. Hiertoe vindt u op de website van Anderzorg de formulieren.
- Wilt u voortgezet verblijf na een periode van 365 dagen of nadat de periode waarvoor toestemming is verleend is verstreken? Dan moet u uiterlijk twee maanden voordat de periode van 365 dagen of de termijn waarvoor toestemming is verleend verstrijkt, schriftelijk toestemming vragen aan Anderzorg via uw zorgaanbieder.

Let op

Indien u geen vermelding van de diagnosecode op de declaratie wenst, maar de declaratie toch voor vergoeding in aanmerking wilt laten komen, is voorafgaand of uiterlijk bij de eerste declaratie een verklaring nodig. U dient samen met uw behandelaar een verklaring te ondertekenen en naar Anderzorg op te sturen. Deze verklaring is te vinden op www.anderzorg.nl/vergoedingen.

Let op

Anderzorg maakt met zorgaanbieders afspraken over het volume dat de zorgaanbieder aan zorg mag verlenen (omzetplafond). Als dit omzetplafond bereikt is heeft dit gevolgen voor u. U kunt dan niet meer bij deze zorgaanbieder terecht voor planbare zorg. Belt u in dat geval onze Zorgadviseur op 0900 16 16 160. De Zorgadviseur kijkt samen met u waar u wel terecht kunt. Als het omzetplafond bereikt wordt tijdens uw behandeling heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt dan uw behandeling afmaken bij de zorgaanbieder.

Geneesmiddelen

Een geneesmiddel (of medicijn) is een stof die een bepaalde, gewenste werking op het lichaam uitoefent. Geneesmiddelen zijn er in allerlei vormen, zoals tablet, injectievloeistof, zetpil, pleister. Er zijn duizenden geneesmiddelen op de markt. Om een geneesmiddel op de markt te mogen brengen, heeft de producent een handelsvergunning nodig. Die vergunning wordt alleen verleend als het (merk- of merkloze) geneesmiddel voldoet aan strenge kwaliteitseisen.

Welke zorg

Geregistreerde geneesmiddelen

Met uitzondering van de uitgesloten middelen bedoeld onder het kopje 'Preferentiebeleid', heeft u recht op alle geneesmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen.

Welke geneesmiddelen dat zijn, is te vinden in Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op www.overheid.nl. Als u wilt weten of een bepaald geneesmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice.

Niet-geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op geneesmiddelen die in de apotheek zelf zijn bereid. Ook heeft u recht op geneesmiddelen die uw arts voor gebruik door u bestelt, als dit geneesmiddel in Nederland is bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm van de Geneesmiddelenwet. Indien het gaat om een bestelling van een geneesmiddel dat in Nederland niet in de handel is maar wel in een ander land, is dit slechts toegestaan als u lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners. In alle gevallen moet het gaan om rationele farmacotherapie. Dat wil zeggen dat behandeling plaatsvindt met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en de effectiviteit blijkt uit wetenschappelijke literatuur en die tevens het meest economisch is voor de zorgverzekering.

Advies en begeleiding

In deze zorg is het advies van en de begeleiding door degene die u het geneesmiddel ter hand stelt, inbegrepen.

Let op

Er gelden beperkingen ten aanzien van: preferentiebeleid, indicatie, plaats van toediening en maximale periode.

Preferentiebeleid

Ieder geneesmiddel heeft een werkzame stof. U heeft recht op alle werkzame stoffen die voorkomen in de geneesmiddelen op bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. Vaak zijn er verscheidene geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof op de markt. Bij sommige geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde toedieningsvorm heeft u alleen recht op die geneesmiddelen die door Anderzorg zijn aangewezen. Dit zijn de zogenaamde preferente geneesmiddelen. Voor welke werkzame stoffen preferente geneesmiddelen zijn aangewezen en welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement en op www.anderzorg.nl/preferentiebeleid. In uitzonderingsgevallen kan het voorkomen dat behandeling met een preferent geneesmiddel medisch niet verantwoord is. Dan heeft u recht op een ander geneesmiddel uit Bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op www.overheid.nl.

Preferente geneesmiddelen

Als behandeling met een preferent geneesmiddel niet medisch verantwoord is en u dus een ander, niet-preferent, geneesmiddel wilt gebruiken, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Als u naar een apotheker gaat waarmee Anderzorg een overeenkomst heeft gesloten geeft deze apotheek u het geneesmiddel meteen mee als u een door een arts ondertekend recept inlevert waarop de arts 'medisch noodzakelijk' of MN heeft geschreven. Of als u samen met het recept een door uw huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts, ingevulde verklaring inlevert. Gaat u naar een apotheker waarmee Anderzorg geen overeenkomst heeft gesloten dan vraagt u met het Aanvraagformulier farmaceutische zorg toestemming aan Anderzorg. Bij dit formulier moet u een gemotiveerde toelichting van uw arts sturen. Als het gaat om medicatie die u voor het eerst gebruikt, heeft u de eerste 15 dagen ook zonder toestemming van Anderzorg recht op het geneesmiddel. U moet dan wel binnen die 15 dagen een aanvraag voor toestemming bij Anderzorg indienen. Als u de

aanvraag niet tijdig indient, of als gebruik van het preferente middel volgens Anderzorg wel medisch verantwoord is, heeft u na de 15^e dag geen recht meer op het niet-preferente geneesmiddel.

Indicatie

Op sommige geneesmiddelen heeft u alleen recht als u een indicatie heeft die in de wettelijke regeling is omschreven. U vindt deze geneesmiddelen en indicaties in Bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. U kunt de Regeling zorgverzekering en de bijlagen raadplegen op www.overheid.nl. Voor sommige geneesmiddelen die op Bijlage 2 staan gelden ook andere voorwaarden, die u vindt in het Verzekeringsreglement. U kunt het Verzekeringsreglement vinden op www.anderzorg.nl of opvragen bij onze Klantenservice.

Plaats van toediening

Sommige geneesmiddelen mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of terhandgesteld, tenzij Anderzorg toestemming heeft gegeven voor toediening en/of terhandstelling elders. In tabel 2 in het Verzekeringsreglement staan deze geneesmiddelen vermeld. De geneesmiddelen die in tabel 3 van het Verzekeringsreglement staan, mogen alleen in een ziekenhuis worden toegediend en/of terhandgesteld. Toediening of terhandstelling buiten het ziekenhuis is niet verzekerd. In het Verzekeringsreglement staat ook wat onder een ziekenhuis wordt verstaan.

Maximale periode

Per recept heeft u recht op de geneesmiddelen voor een bepaalde periode. Deze periode is:

- 15 dagen als u het geneesmiddel voor de eerste keer gebruikt,
- 15 dagen als een acute aandoening met antibiotica of chemotherapeutica moet worden bestreden,
- 3 maanden voor geneesmiddelen die een chronische ziekte behandelen en tenminste 3 maanden als het gaat om een merkloos geleverd geneesmiddel en tenminste 3 maanden tot maximaal 6 maanden als het daarbij gaat om een geneesmiddel dat door Anderzorg als preferent is aangewezen, tenzij u om aantoonbare medische redenen niet zo lang over een geneesmiddel mag beschikken,
- 1 maand voor slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen,
- 1 jaar voor orale anticonceptiva (de pil). Als u voor het eerst orale anticonceptiva voorgeschreven krijgt, is de maximale termijn 3 maanden,
- 1 maand voor geneesmiddelen die meer kosten dan € 1.000 per maand,
- 1 maand in alle andere gevallen.

Als u voor de eerste keer vloeibare geneesmiddelen bij uw apotheker of apothekhoudend huisarts haalt, dan worden deze in de kleinste handelsverpakking geleverd.

Eigen bijdrage

Het kan zijn dat u een eigen bijdrage moet betalen. In bijlage 1 bij de Regeling zorgverzekering staan alle geneesmiddelen waar u recht op heeft. Deze bijlage heeft een onderdeel A en een onderdeel B. In onderdeel A staan alle geneesmiddelen waarvoor een vergoedingslimiet is vastgesteld. Als u een geneesmiddel gebruikt dat meer kost dan de vergoedingslimiet, moet u het gedeelte dat hoger is dan de limiet zelf betalen. Dit geldt ook als het geneesmiddel dat u gebruikt is bereid uit een geneesmiddel dat meer kost dan de vergoedingslimiet. Als het geneesmiddel dat u gebruikt in onderdeel B staat, is er geen vergoedingslimiet.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op geneesmiddelen:

- in gevallen die zijn aangegeven in de Regeling zorgverzekering,

- in geval van ziekterisico bij reizen,
- voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet,
- die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel,
- als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor geneesmiddelen naar een apotheek of een apotheekhoudend huisarts. Anderzorg heeft apotheken en apotheekhoudend huisartsen gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Anderzorg heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. U krijgt voor geneesmiddelen maximaal de apotheekinkoopprijs zoals deze geldt in de maand van aflevering, min een korting van 10%. Deze inkoopprijs is opgenomen in de Z-indextaxe (prijslijst voor geneesmiddelen die maandelijks door het bedrijf Z-index wordt uitgegeven). De korting bedraagt maximaal € 10 per receptregel. Voor de zorgkosten (bijvoorbeeld advies over geneesmiddelengebruik) geldt een maximum vergoedingsbedrag. U kunt deze bedragen vinden op www.anderzorg.nl/vergoedingen.

Recept

U heeft een recept nodig van een huisarts, tandarts, medisch specialist, verloskundige of GGD-arts.

Toestemming

Voor sommige geneesmiddelen heeft u voorafgaande toestemming nodig. Welke geneesmiddelen dat zijn, vindt u in het Verzekeringsreglement in tabel 1. Uw arts kan een bij dit geneesmiddel horende artsenverklaring invullen. Hiervoor zijn speciale formulieren, die u kunt vinden op www.znformulieren.nl. Als u met deze artsenverklaring naar een apotheek gaat waarmee Anderzorg een overeenkomst heeft gesloten, beoordeelt de apotheker of u recht heeft op het geneesmiddel. U hoeft dan niet eerst aan Anderzorg toestemming te vragen. Gaat u voor het geneesmiddel naar een apotheek waarmee Anderzorg geen overeenkomst heeft gesloten, dan moet u wel eerst toestemming vragen aan Anderzorg.

Huisartsenzorg

De huisarts is het eerste aanspreekpunt als u vragen over gezondheid en ziekte heeft.

Huisartsenzorg is vrij toegankelijk en persoonsgericht. In de avond, nacht, of het weekend kunt u hulp krijgen op een huisartsenpost.

Welke zorg

U heeft recht op:

- huisartsenzorg, behalve de grieprik,
- door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek,
- medisch specialistische zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, waarover Anderzorg en de huisarts afspraken hebben gemaakt,
- zorg voor psychische klachten. De huisarts verzorgt de eerste opvang indien u psychische klachten heeft en beoordeelt of hij u zelf kan behandelen of dat u verwezen moet worden naar de generalistische basis GGZ (GBGGZ) of naar de gespecialiseerde GGZ (SGGZ);

- Ketenzorg die bekostigd wordt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen als Anderzorg hierover met uw huisarts afspraken heeft gemaakt. Met welke huisartsen Anderzorg deze afspraken heeft gemaakt, vindt u op www.anderzorg.nl/zorgvinder. Ketenzorg is een zorgprogramma speciaal voor mensen met diabetes type 2, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) en VRM (Vasculair Risicomanagement) waaraan meerdere zorgaanbieders deelnemen, waardoor de zorg beter op elkaar afgestemd is. De zorg is gebaseerd op de zorgstandaard voor Diabetes type 2, COPD en VRM. U kunt kiezen of u wilt deelnemen aan ketenzorg. Meer weten over ketenzorg? Kijk voor meer informatie op www.anderzorg.nl.

Welke zorgaanbieder

Voor huisartsenzorg gaat u naar de huisarts. Huisartsenzorg kan ook worden verleend door een hulpverlener die onder de medische verantwoordelijkheid van een huisarts werkt, bijvoorbeeld een doktersassistente, nurse practitioner, praktijkondersteuner of door een zorgaanbieder waarmee Anderzorg afspraken heeft gemaakt over huisartsenzorg.

In de avond, nacht, of in het weekend kunt u voor huisartsenzorg bij acute, spoedeisende problemen die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag naar de huisartsenpost of naar de dienstdoende huisarts. Op een huisartsenpost werken huisartsen samen om de spoedeisende huisartsenzorg te verlenen. Vraag uw huisarts bij welke dienstdoende huisarts of huisartsenpost u terecht kunt. U vindt ook informatie op www.vereniginghuisartsenposten.nl.

Voor door de huisarts aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek kunt u naar een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC), een productiesamenwerkingsverband, een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Voor preventieve voetzorg buiten de ketenzorg kunt u zich wenden tot een podotherapeut.

Let op

Gaat u in verband met diabetes voor preventieve voetzorg rechtstreeks naar een pedicure? Dan krijgt u geen vergoeding. De kosten van een pedicure worden alleen vergoed als onderdeel van ketenzorg of als de podotherapeut u naar de pedicure doorverwijst.

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt 1 van deze zorgaanbieders kiezen. Via de zoekterm Huisartsenzorg, Eerstelijns Diagnostiek of Ketenzorg vindt u op www.anderzorg.nl/zorgvinder een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst voor de desbetreffende zorg hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Hulpmiddelen

Een medisch hulpmiddel is bijvoorbeeld een hoortoestel of een beenprothese, maar u kunt ook denken aan incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en diabetestestmaterialen.

Welke zorg

U heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. Sommige

groepen hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering specifiek beschreven, anderen zijn functiegericht omschreven. In het laatste geval betekent dat, dat u recht heeft op een hulpmiddel passend bij een omschreven functiebeperking. Anderzorg heeft in haar Verzekeringsreglement een overzicht van hulpmiddelen opgenomen die onder de Regeling zorgverzekering vallen. Ook heeft Anderzorg in het Verzekeringsreglement nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen.

Voorbeeld functiegericht omschreven hulpmiddel

“Uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel”. Hier vallen o.a. diabetestestmaterialen onder.

Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Verzekeringsreglement opgenomen? Dient u dan een aanvraag in bij Anderzorg. Anderzorg zal uw aanvraag beoordelen. In de Regeling zorgverzekering zijn ook de indicatiecriteria opgenomen waaraan u moet voldoen om aanspraak te kunnen maken op het hulpmiddel. U kunt de Regeling zorgverzekering en het Verzekeringsreglement vinden op www.anderzorg.nl. Als u wilt weten of een bepaald hulpmiddel op deze lijst staat, kunt u ook contact opnemen met onze Klantenservice.

Eigen bijdrage

Voor sommige hulpmiddelen geldt een (procentuele) wettelijke eigen bijdrage of maximale vergoeding. U kunt in de Regeling zorgverzekering vinden of dat het geval is en hoe hoog de eigen bijdrage of maximale vergoeding dan is. U betaalt de eigen bijdrage aan de leverancier. De wettelijke eigen bijdragen en maximale vergoedingen kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor een hulpmiddel naar een leverancier van hulpmiddelen gaan. Anderzorg heeft voor de verschillende hulpmiddelen leveranciers gecontracteerd. U kunt uit deze leveranciers kiezen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

Als u kiest voor een leverancier die geen overeenkomst met Anderzorg heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag. Wat u vergoed krijgt, vindt u in het Verzekeringsreglement. Als u voor een hulpmiddel naar een door Anderzorg niet-gecontracteerde leverancier gaat, moet deze leverancier soms aan bepaalde kwaliteits- of deskundigheidseisen voldoen. Welke dit zijn kunt u per hulpmiddel lezen in het Verzekeringsreglement.

Toestemming

In het Verzekeringsreglement staat per hulpmiddel of voorafgaande toestemming van Anderzorg nodig is. Het kan hierbij gaan om een eerste verstrekking, maar ook om vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel. Als u naar een gecontracteerde leverancier gaat, is voorafgaande toestemming van Anderzorg voor de meeste hulpmiddelen vaak niet nodig. De leverancier beoordeelt uw aanvraag. Als de leverancier niet zeker weet of Anderzorg u het hulpmiddel verstrekt of vergoedt, zal hij de aanvraag voor toestemming doorsturen naar Anderzorg.

Let op

- Als u naar een leverancier wilt die geen overeenkomst heeft met Anderzorg, heeft u voorafgaande toestemming nodig. Vermeldt u op de aanvraag voor toestemming dat u gebruik wilt maken van een leverancier die met Anderzorg geen overeenkomst heeft.
- Als u een 2^e exemplaar van eenzelfde hulpmiddel wilt, heeft u hiervoor voorafgaande toestemming van Anderzorg nodig.
- In het Verzekeringsreglement wordt per hulpmiddel uitgelegd aan welke andere voorwaarden u moet voldoen, bijvoorbeeld het meesturen van een toelichting van een arts.
- Voor de vergoeding van de meeste verbandmiddelen moet uw arts een speciaal formulier invullen. Verbandmiddelen worden alleen maar vergoed bij een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling nodig is. Dit speciale verbandmiddelen-aanvraagformulier vindt u op www.znformulieren.nl/hulpmiddelen. Meer informatie kunt u ook vinden in het Verzekeringsreglement.
- Als Anderzorg maar 1 leverancier voor een bepaald hulpmiddel heeft gecontracteerd, kan Anderzorg de toestemming in kopie rechtstreeks naar die leverancier sturen. Dit geldt ook als de levering niet op zich kan laten wachten omdat er sprake is van een medische noodzaak.

Gebruik hulpmiddel

Als u het hulpmiddel met opzet beschadigt of als schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, heeft u geen recht op vervanging, correctie of herstel van het hulpmiddel voordat de gebruiksduur die in het Verzekeringsreglement staat is verstreken. Als u het hulpmiddel in bruikleen heeft en het is door u met opzet beschadigd of de schade is ontstaan omdat door uw schuld niet goed voor het hulpmiddel is gezorgd, dan kan Anderzorg de kosten hiervan op u verhalen.

Let op

- U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen, tenzij in de Regeling zorgverzekering is bepaald dat deze vergoed worden. Een voorbeeld van normaal gebruik is het vervangen van batterijen.
- Als in het Verzekeringsreglement gebruikstermijnen of gebruiksaantallen genoemd worden, zijn deze bedoeld om een normaal gemiddelde aan te geven. Van deze gebruikstermijnen of gebruiksaantallen kan in individuele gevallen worden afgeweken.
- Als u recht heeft op een hulpmiddel wordt hiermee bedoeld dat u recht heeft op verstrekking (vergoeding), vervanging, correctie of herstel van een hulpmiddel.
- Zie voor kosten samenhangend met thuisdialyse: niet klinische dialyse.
- Zie voor hulpmiddelen voor het zelf meten van bloedstollingtijden: trombosedienst.

In-vitrofertilisatie (IVF)

In-vitrofertilisatie is een vorm van medisch specialistische zorg. IVF wordt ook wel reageerbuisbevruchting genoemd. Het is een voortplantingstechniek waarbij een of meer eicellen buiten het lichaam worden bevrucht met zaadcellen. Eén of twee embryo's worden in de baarmoeder geplaatst. Als het nodig is kan dit meerdere keren gebeuren.

Welke zorg

Waar u precies recht op heeft, hangt af van uw leeftijd.

Jonger dan 38 jaar:

U heeft recht op de 1^e, 2^e en 3^e poging IVF per te realiseren zwangerschap. Voor de 1^e en 2^e poging IVF per te realiseren zwangerschap geldt dat u daarop alleen recht heeft als er maximaal 1 embryo wordt teruggeplaatst. Bij de 3^e poging mogen maximaal 2 embryo's per keer worden teruggeplaatst.

38 jaar tot en met 42 jaar:

U heeft recht op de 1^e, 2^e en 3^e poging IVF per te realiseren zwangerschap. Bij elke poging mogen maximaal 2 embryo's per keer worden teruggeplaatst.

i Let op

- U heeft geen recht op IVF als u 43 jaar of ouder bent. U heeft wel recht op IVF voor zover het een poging IVF betreft die reeds is aangevangen voordat u de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.
- Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatiebehandeling worden gelijkgesteld met IVF. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel, zijn geen verzekerde zorg.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor IVF naar een IVF-centrum met de daarvoor wettelijk vereiste vergunningen. Anderzorg heeft IVF-centra gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'IVF' een overzicht van centra die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op IVF als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw medisch specialist heeft.

Extra informatie

Een volledige IVF-poging bestaat uit de volgende 4 fasen:

1. u krijgt hormonen die de rijping van eicellen in uw lichaam bevorderen,
2. daarna volgt de follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen),
3. de eicellen worden bevrucht en in het laboratorium worden embryo's gekweekt,
4. tenslotte worden 1 of meerdere keren 1 of 2 embryo's in de baarmoederholte geïmplant.

Een poging gaat pas als een poging tellen als er een geslaagde follikelpunctie heeft plaatsgevonden. Alleen een poging die is geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat sprake is van een doorgaande zwangerschap, telt mee voor het aantal pogingen. Een doorgaande zwangerschap is een zwangerschap van ten minste 10 weken, gerekend vanaf het moment van de follikelpunctie. Of, in geval van terugplaatsing van gecryopreserveerde (ingevroren) embryo's, is een doorgaande zwangerschap een zwangerschap van ten minste 9 weken en 3 dagen te rekenen vanaf de implantatie. De terugplaatsing van alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. Een zwangerschap van ten minste 12 weken na de eerste dag van de laatste menstruatie, die zonder medisch ingrijpen is ontstaan, is ook een doorgaande zwangerschap.

Voorbeelden voor de bepaling van het aantal verzekerde pogingen

1. Bij uw 3^e poging wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na 4 weken gaat het mis en wordt deze poging afgebroken. Een volgende poging krijgt u niet vergoed.
2. Bij uw 3^e poging wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na 4 weken gaat het mis. Omdat er nog een gecryopreserveerd embryo is, wordt deze teruggeplaatst. Dit hoort nog bij dezelfde (3^e) poging.
3. Bij uw 3^e poging wordt een follikelpunctie uitgevoerd. Na 15 weken gaat het mis. U heeft nu weer opnieuw recht op 3 pogingen.
4. U heeft 3 pogingen vergoed gekregen, zonder resultaat. Na enige tijd bent u toch zwanger, zonder medisch ingrijpen. Deze zwangerschap duurt 12 weken. U heeft nu weer opnieuw recht op 3 pogingen.

Overige fertiliteitbevorderende behandelingen

Welke zorg

Medisch specialistische zorg zoals bedoeld in dat artikel omvat bij overige fertiliteitbevorderende behandelingen: gynaecologische behandelingen die de fertiliteit (vruchtbaarheid) bevorderen (bijvoorbeeld O.I. en I.U.I.).

Let op

Vrouwen van 43 jaar of ouder hebben geen recht op deze zorg.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een gynaecoloog of uroloog. Anderzorg heeft deze zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op overige fertiliteitbevorderende behandelingen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Let op

Er is een aantal klinieken die voor IVF/ICSI behandelingen samenwerken met ziekenhuizen in Duitsland of België. Let op dat u geen recht heeft op vergoeding als de behandeling in het buitenland niet voldoet aan wat in dit en het voorgaande artikel is opgenomen.

Kraamzorg

De kraamverzorgende assisteert de verloskundige of arts tijdens de bevalling, en regelt zaken als het wasgoed in de eerste uren na de bevalling. Daarna helpt de kraamverzorgende doorgaans gedurende een week bij de verzorging van de moeder en de baby. Zij verstrekt informatie en controleert moeder en kind in de eerste dagen na de bevalling.

Welke zorg

U heeft recht op kraamzorg tot maximaal 10 dagen vanaf de dag van uw bevalling.

Protocol

Het aantal uren kraamzorg wordt vastgesteld aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt het protocol vinden op www.anderzorg.nl.

Eigen bijdrage

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,15 per uur voor kraamzorg bij u thuis. Ook geldt een eigen bijdrage van € 16,50 per dag voor zowel moeder als kind voor kraamzorg die wordt verleend in een ziekenhuis of instelling zonder dat verblijf in het ziekenhuis of de instelling medisch noodzakelijk is. Bedraagt het tarief van de instelling meer dan € 117,50 per dag, dan komen de meerkosten eveneens voor uw rekening.

Welke zorgaanbieder

Kraamzorg wordt verleend door een gediplomeerde kraamverzorgende die verbonden is aan een kraamzorginstelling. Anderzorg heeft aanbieders van kraamzorg gecontracteerd. U kunt uit deze aanbieders kiezen. Bij uw aanmelding bij de Servicelijn Kraamzorg van Anderzorg krijgt u hierover informatie.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Aanmelding

Meldt u zich, bij voorkeur vóór de 20^e week van de zwangerschap, aan bij de Servicelijn Kraamzorg van Anderzorg. Dit kan via www.anderzorg.nl of u kunt bellen op 0900 202 5003. De Servicelijn verzorgt de verdere aanmelding bij de aanbieder.

Logopedie

Een logopedist geeft hulp bij stoornissen van de mondfuncties adem, stem, spraak, taal en horen. Deze hulp kan bestaan uit het behandelen van de stoornis, maar ook uit het afnemen van een onderzoek, het geven van adviezen en voorlichting en het begeleiden van de familie (verzorger) van de patiënt.

Welke zorg

U heeft recht op logopedie als:

- die een geneeskundig doel heeft, en
- van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

Let op

U heeft geen recht op logopedie in verband met:

- dyslexie,
- behandelingen met een onderwijskundig doel,
- taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid,
- behandeling in verband met beroepsuitoefening, bijvoorbeeld voor zangers,
- spreken in het openbaar.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een logopedist die in het Kwaliteitsregister Paramedici de aantekening 'Kwaliteits geregistreerd' heeft. U kunt dit register vinden op www.kwaliteitsregisterparamedici.nl.

Anderzorg heeft logopedisten gecontracteerd. U kunt uit deze logopedisten kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft geen verwijzing nodig als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die direct toegankelijk is. U kunt in het Kwaliteitsregister Paramedici vinden of een logopedist direct toegankelijk is. In de volgende gevallen heeft u altijd vooraf een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, tandarts of medisch specialist:

- Als u naar een gecontracteerde logopedist gaat die niet direct toegankelijk is.
- Als u naar een niet-gecontracteerde logopedist gaat.
- Als u naar een logopedist gaat die in een ziekenhuis, verzorgingshuis of revalidatiecentrum werkt.
- Als u logopedie buiten de praktijk van de logopedist wilt.

Toestemming

U heeft alleen recht op logopedie in een school of een kinderdagverblijf met voorafgaande toestemming van Anderzorg. Uw logopedist kan deze toestemming namens u bij Anderzorg vragen.

Medisch specialistische zorg

Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen, laboratoriumonderzoek, mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Let op

U heeft geen recht op behandelingen als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslakte bovenoogleden die niet het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophoppingen) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,

- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis (ook niet als dit medisch noodzakelijk is),
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Let op

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:

- De vormen van zorg beschreven in het artikel 'Voorwaardelijke toelating',
- Audiologische hulp,
- Erfelijkheidsonderzoek,
- Een gedeelte van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg,
- In-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitbevorderende behandelingen,
- Niet-klinische haemodialyse in een dialysecentrum,
- Oncologische hulp voor kinderen,
- Verblijf in verband met medisch specialistische zorg,
- Plastische chirurgie,
- Revalidatie,
- Transplantatie,
- Trombosedienst.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Let op

- Zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van medisch specialistische zorg.
- Medisch specialistische zorg die verleend wordt door een instelling die niet is toegelaten op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), wordt niet vergoed.
- Medisch specialistische zorg voor zover het een behandeling betreft met een geneesmiddel dat voorkomt in tabel 2 of 3 van het Verzekeringsreglement wordt alleen vergoed als de behandeling in of door het ziekenhuis plaatsvindt.

Let op

- Spoedeisende zorg in Nederland wordt altijd volledig vergoed volgens de daarvoor in Nederland geldende tarieven.

Verwijzing

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapten. Als de klachten met uw werk te maken hebben, kan de bedrijfsarts ook verwijzen. Voor het plaatsen van tandheelkundige implantaten door een kaakchirurg heeft u vooraf een verwijzing van een tandarts nodig. Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg. Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

Toestemming

U heeft voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig:

1. Limitatieve lijst medisch specialistische zorg

U vindt deze behandelingen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze lijst vindt u op www.zn.nl. Om welke behandelingen gaat het?

- **Oogheelkunde** refractiechirurgie (ooglaserbehandelingen of lensimplantaties die het minder afhankelijk maken van bril of contactlenzen als doel hebben), verworven ptosis, ooglidcorrecties.
- **KNO-Heelkunde** oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.
- **Heelkunde** gynaecomie (borstvorming bij de man), mamma hypertrofie (abnormale grootte van de borsten), buikwandcorrecties.
- **Dermatologie** Benigne (goedaardige) tumoren, pigmentstoornissen, vasculaire dermatosen (wijnvlekken).
- **Gynaecologie** vulvaire en vaginale afwijkingen.

2. Klinische longrevalidatie

Op deze behandelingen heeft u alleen recht als u voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gekregen van Anderzorg:

- klinische longrevalidatie;
- zorg in het astmacentrum in Davos.

Advies

Wij raden u aan om bij twijfel ons vooraf toestemming te vragen voor de behandeling. Uw medisch specialist is verplicht te melden dat u kosten van zorg zelf moet betalen als u geen voorafgaande toestemming heeft.

Het recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld in het polisartikel plastische en/of reconstructieve chirurgie. Voor deze behandelingen moet u altijd vooraf toestemming aanvragen, met een toelichting van uw behandelend medisch specialist.

Niet-klinische dialyse

Onder de niet-klinische dialyse vallen haemodialyse en peritoneaaldialyse. Haemodialyse is een therapie die de nierfunctie vervangt waarbij gebruik gemaakt wordt van filters; de zogenoemde kunstnieren. Bij peritoneaaldialyse wordt om het bloed te zuiveren spoelvoeistof in de buikholte gebracht. Daarom wordt het ook wel buikspoeling genoemd. Dialyse kan worden gegeven in een dialysecentrum, maar ook thuisdialyse is mogelijk.

Welke zorg

U heeft recht op niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse, de daarbij behorende medisch specialistische zorg, onderzoeken, behandeling, verpleging, geneesmiddelen en psychosociale begeleiding. De psychosociale begeleiding is ook voor personen die helpen bij het uitvoeren van de dialyse thuis. Bij thuisdialyse heeft u ook recht op:

- vergoeding van de kosten van een opleiding van de personen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen,
- bruikleen van dialyseapparatuur met toebehoren,
- regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur (vervanging inbegrepen),
- chemicaliën en vloeistoffen, die nodig zijn voor de dialyse,
- vergoeding van de kosten van aanpassingen die redelijkerwijs in uw woning verricht moeten worden en het weer ongedaan maken van die aanpassingen, voor zover er geen andere wettelijke regeling is die deze aanpassingen en het ongedaan maken daarvan (gedeeltelijk) vergoedt,
- vergoeding van kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen en niet op grond van een andere regeling worden vergoed,
- de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse,
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij thuisdialyse.

In het Verzekeringsreglement zijn nadere voorwaarden opgenomen voor de vergoeding van kosten van woningaanpassingen die redelijkerwijs nodig zijn in verband met de thuisdialyse en vergoeding van kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een dialysecentrum. Anderzorg heeft dialysecentra gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u met de zoekterm 'dialyse' een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op niet-klinische dialyse als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Let op

De vergoeding voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen vallen onder hulpmiddelenzorg. Kijkt u voor meer informatie in het Verzekeringsreglement.

Oncologische hulp voor kinderen

Voor een effectieve behandeling van kanker is, naast het stellen van de juiste diagnose, onderzoek naar de uitbreiding van de ziekte en verdere typering van de tumor nodig. Voor kinderen met bloed- en lymfklierkanker beschikt de SKION over een centraal laboratorium, waar bloed, beenmerg en hersenvocht van alle Nederlandse kinderen met deze ziekten worden onderzocht.

Welke zorg

U heeft recht op registratie, onderzoek en vergelijking met het aanwezige materiaal voor een zo goed mogelijk behandelplan.

Welke zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

Verwijzing

U heeft alleen recht op oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie

Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
- verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening,
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen,
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Let op

U heeft geen recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden die niet het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis,
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als daaraan een medisch specialist verbonden is. Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders

kieszen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). U heeft ook voorafgaande toestemming van Anderzorg nodig.

Revalidatie

Revalidatie

Revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Indien volledig herstel niet op korte termijn wordt verwacht, probeert de revalidatiearts met behulp van zorgverleners uit verschillende disciplines u te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werkt de revalidatiearts en zijn team samen met u om uw beperking zo goed mogelijk in uw leven, uw omgeving en de maatschappij in te passen.

Welke zorg

U heeft recht op revalidatie als deze zorg voor u het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met revalidatie bent u in staat een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden, die rekening houdend met uw handicap, redelijkerwijs mogelijk is. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van:

- stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen, of
- een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie (de processen van onder andere leren, waarnemen, herinneren, denken) of het gedrag.

Let op

U heeft recht op revalidatie in deeltijd- of dagbehandeling. U wordt voor revalidatie alleen opgenomen als daarmee snel betere resultaten zijn te verwachten dan met revalidatie in deeltijd of dagbehandeling.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor revalidatie naar een revalidatiecentrum. Anderzorg heeft revalidatiecentra gecontracteerd. U kunt uit deze centra kiezen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u met de zoekterm 'revalidatie' een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op revalidatie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een bedrijfsarts als de klachten met uw werk te maken hebben.

Toestemming

Op deze behandelingen heeft u alleen recht als u voor de behandeling toestemming heeft gekregen van Anderzorg:

- klinische longrevalidatie,
- zorg in het astmacentrum in Davos.

Voor revalidatie bij een zorgaanbieder die niet door Anderzorg is gecontracteerd, heeft u voorafgaande toestemming van Anderzorg nodig. Stuur u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en behandelplan van de zorgaanbieder.

Let op

Arbeidsreïntegratie is geen verzekerde zorg.

Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die in het ziekenhuis een medisch-specialistische behandeling hebben ondergaan, bijvoorbeeld door een beroerte of een botbreuk. Deze mensen hebben behoefte aan een revalidatiebehandeling die meerdere soorten zorg combineert zoals verpleging, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, diëtist, maatschappelijk werkende en de specialist ouderengeneeskunde. Dit alles onder de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde. De zorg is aangepast aan de individuele herstel mogelijkheden en het trainingstempo van ouderen en houdt rekening met andere al bestaande aandoeningen. Het doel is om deze ouderen te helpen om terug te keren naar huis.

Welke zorg

U heeft recht op geriatrische revalidatie in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leervermogen en trainbaarheid. Geriatrische revalidatie is integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg en moet gericht zijn op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

U heeft recht op geriatrische revalidatie als u bij de start van de geriatrische revalidatie wordt opgenomen en:

- de geriatrische revalidatie binnen een week aansluit op een opname in verband met medisch specialistische zorg. Daarbij geldt dat u geen recht heeft op geriatrische revalidatie als u vóór die opname was opgenomen in een verpleeghuis. Met een opname in een verpleeghuis wordt bedoeld verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg, of
- de geriatrische revalidatie nodig is door een acute aandoening waarvoor u eerder medisch specialistische hulp heeft gehad en er door die aandoening sprake is van:
 - acute mobiliteitsstoornissen, of
 - afname van zelfredzaamheid.

Geriatrische revalidatie mag niet langer duren dan 6 maanden.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor geriatrische revalidatie naar een instelling die geriatrische revalidatiezorg levert volgens de Behandelkaders Geriatrische Revalidatie. De Behandelkaders Geriatrische Revalidatie zijn opgesteld door de beroepsvereniging voor specialisten in ouderengeneeskunde Verenso. De instelling heeft op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort een

toelating als instelling voor medisch specialistische zorg (zelfstandig behandelcentrum, ziekenhuis, revalidatiecentrum) of een toelating als instelling voor behandeling en verblijf (verpleeghuis).

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'Geriatrische revalidatie' een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op geriatrische revalidatie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de medisch specialist van het ziekenhuis waar u opgenomen bent geweest en de indicatie voor geriatrische revalidatie is gesteld door een specialist ouderengeneeskunde of een revalidatiearts.

Toestemming

Voor geriatrische revalidatie bij een zorgaanbieder die niet door Anderzorg is gecontracteerd, heeft u voorafgaande toestemming van Anderzorg nodig. Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.

Second opinion

Een second opinion is het vragen van een beoordeling van een door een arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een 2^e, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme of vakgebied als de eerste geconsulteerde arts.

Welke zorg

U heeft recht op een second opinion als:

- de second opinion betrekking heeft op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar, en
- u met de second opinion terugkeert naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over uw behandeling.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een huisarts, medisch specialist, verloskundige, psychotherapeut, klinisch psycholoog, GGZ-instelling of een (polikliniek van een) psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op een second opinion als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw behandelaar heeft.

Stoppen met roken

Een stoppen-met-rokenprogramma is een interventie (in een groep of individueel) gericht op gedragsverandering, soms met ondersteuning van geneesmiddelen. Bij dit integrale programma vormt de gedragsmatige begeleiding de basis. Dit betekent dat er altijd een vorm van erkende gedragsmatige begeleiding ingezet wordt met mogelijke aanvulling van effectief bewezen geneesmiddelen, maar dat geneesmiddelen nooit zonder gedragsmatige ondersteuning kunnen worden ingezet.

Welke zorg

U heeft eenmaal per kalenderjaar recht op een stoppen-met-rokenprogramma:

- dat is gericht op gedragsverandering, en
- dat tot doel heeft te stoppen met roken,
- al dan niet in combinatie met een geneesmiddel.

Welke zorgaanbieder

Voor gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken kunt u terecht bij een door Anderzorg gecontracteerde zorgaanbieder. Daarnaast kunt u terecht bij uw huisarts voor gedragsmatige ondersteuning. Voor de nicotinemiddelen en geneesmiddelen kunt u terecht bij een door Anderzorg hiervoor gecontracteerde leverancier voor nicotinemiddelen en geneesmiddelen. De medicatie dient voorgeschreven te worden via het aanvraagformulier geneesmiddelen bij stoppen met roken.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u via de zoekterm 'Stoppen met roken' een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten voor de gedragsmatige ondersteuning en voor het leveren van nicotinemiddelen en geneesmiddelen. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Anderzorg heeft gesloten en die ook niet voldoet aan de kwaliteitseisen die Anderzorg stelt, krijgt u geen vergoeding.

Let op

1. U heeft alleen recht op nicotinemiddelen en geneesmiddelen als zij onderdeel zijn van een stoppen-met-rokenprogramma; aparte vergoeding van nicotinemiddelen en geneesmiddelen (dus zonder stoppen-met-rokenprogramma) vindt niet plaats.
2. Als u kiest voor een zorgaanbieder voor gedragsmatige ondersteuning die geen overeenkomst met Anderzorg heeft gesloten, dient u de gespecificeerde nota naar Anderzorg te sturen. Als deze zorgaanbieder niet is geregistreerd in het 'Kwaliteitsregister stoppen met roken', of de geleverde zorg niet voldoet aan de CBO-richtlijn Behandeling bij tabaksverslaving of aan de Zorgmodule Stoppen met roken, krijgt u geen vergoeding.
3. Als u kiest voor een leverancier voor nicotinemiddelen en geneesmiddelen die geen overeenkomst met Anderzorg heeft gesloten voor het leveren van nicotinemiddelen en geneesmiddelen, dient u samen met de nota voor deze middelen een kopie van het aanvraagformulier geneesmiddelen te sturen.

Let op

Op een stoppen-met-rokenprogramma is het eigen risico van toepassing, ook als de huisarts de gedragsmatige ondersteuning levert.

Tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde

Bijzondere tandheelkunde is bedoeld voor mensen voor wie reguliere tandheelkunde niet toereikend is, door een bijzondere aandoening. U kunt hierbij denken aan een verhemeltespleet of een zeer ernstige overbeet.

Welke zorg

U heeft recht op bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:

- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft. Hieronder valt ook het aanbrengen van implantaten bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur. Deze moeten dan dienen om een uitneembare prothese op te bevestigen,
- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft,
- een niet-tandheelkundige medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.

Let op

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als dit noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben gehad zonder de aandoening.
- U heeft alleen recht op orthodontische hulp als er sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

Eigen bijdrage

- Voor bijzondere tandheelkunde betaalt u een eigen bijdrage voor de zorg die niet rechtstreeks onder uw indicatie voor bijzondere tandheelkunde valt. De eigen bijdrage is dan het bedrag dat u zelf had moeten betalen als u geen indicatie voor bijzondere tandheelkunde had gehad.
- Betreft de bijzondere tandheelkunde in uw geval het plaatsen van een kunstgebit (een volledige prothetische voorziening), dan betaalt u een eigen bijdrage van € 125 per kaak. Hetzelfde geldt voor een kunstgebit op implantaten. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op www.anderzorg.nl of vraag deze op bij onze Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, kaakchirurg of orthodontist. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een orthodontist als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of kaakchirurg.
- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw tandarts of huisarts. De kaakchirurg moet verbonden zijn aan een ziekenhuis.
- U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, tandarts of kaakchirurg.

Toestemming

Voor bijzondere tandheelkunde heeft u voorafgaande toestemming van Anderzorg nodig. Stuur u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.

Tandheelkunde

U heeft recht op tandheelkunde. Waar u precies recht op heeft, hangt ervan af of u jonger bent dan 18 jaar of 18 jaar of ouder.

Welke zorg

Tot en met 17 jaar

U heeft recht op:

- 1 periodiek preventief tandheelkundig onderzoek per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n onderzoek nodig heeft,
- incidenteel tandheelkundig consult,
- het verwijderen van tandsteen,
- 2 fluorideapplicaties per jaar, tenzij u meer keren per jaar zo'n applicatie nodig heeft, vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen,
- sealing,
- arodontale hulp (behandeling van tandvlees),
- anesthesie (verdooving),
- endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling),
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen),
- gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtproblemen of knarsen),
- uitneembare prothetische voorzieningen (kunstgebit en frameprothese),
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten:
 - als het ter vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden is die niet zijn aangelegd, of
 - als het ontbreken van die tand(en) het directe gevolg is van een ongeval,
- chirurgische tandheelkundige hulp, behalve het aanbrengen van implantaten,
- röntgenonderzoek (foto), behalve röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Let op

Gaat u buiten de normale openingstijden naar de tandarts, dan heeft u alleen recht op tandheelkunde als het bezoek niet tot een andere dag kan worden uitgesteld.

Vanaf 18 jaar

U heeft recht op:

- chirurgische tandheelkundige hulp door een kaakchirurg en het daarbij horende röntgenonderzoek, behalve parodontale chirurgie, het aanbrengen van implantaten en ongecompliceerde extracties,
- uitneembare volledige protheses voor de boven- of onderkaak.

Eigen bijdrage

Bent u ouder dan 18 jaar? U betaalt een eigen bijdrage van 25% van de totale kosten van een volledige prothese. U kunt dit ook vinden in de Regeling zorgverzekering. Raadpleeg de regeling op www.anderzorg.nl of vraag deze op bij onze Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een tandarts, kaakchirurg of tandprotheticus. Bent u jonger dan 18 jaar, dan kunt u ook naar een vrijgevestigde mondhygiënist. Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Let op

Gaat u naar een kaakchirurg in een Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat met Anderzorg geen overeenkomst heeft? Dan krijgt u een vergoeding van 75% van de nota tot een maximum van 75% van het tarief dat door Anderzorg gemiddeld voor die behandeling is gecontracteerd.

Verwijzing

U heeft alleen recht op behandeling door een kaakchirurg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van een tandarts of huisarts.

Toestemming

U heeft voorafgaande toestemming van Anderzorg nodig:

- voor tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van implantaten,
 - voor parodontale hulp, behandeling onder narcose, osteotomie en het plaatsen van een implantaat door een kaakchirurg,
 - als een tandarts of tandprotheticus een volledige en uitneembare prothese voor de boven- of onderkaak maakt en de totale kosten (inclusief de techniekkosten) meer dan € 650 per kaak zijn,
 - als de volledige en uitneembare prothese voor de boven- en/of onderkaak die u nu draagt, binnen 6 jaar na levering wordt vervangen. Dit geldt niet voor een immediaatprothese,
 - als u moet worden behandeld op de plaats waar u verblijft (bijvoorbeeld thuis of in een instelling).
- Stuurt u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan mee van de zorgaanbieder.

Transplantatie

Transplantatie is een vorm van medisch specialistische zorg. Transplantatie is het vervangen van een slecht of niet meer functionerend orgaan of weefsel van een patiënt door dat van een donor. Organen/weefsels die getransplanteerd kunnen worden, zijn bijvoorbeeld het hart, de huid, de longen, de nieren, de pancreas (alvleesklier), de lever, bot en beenmerg. Ook gedeelten van organen kunnen worden getransplanteerd.

Welke zorg

U heeft recht op transplantatie van weefsels en organen als de transplantatie wordt verricht:

- in een lidstaat van de Europese Unie,
- in een staat die behoort tot de Europese Economische Ruimte, of
- in de staat waar de donor woont, als de donor uw echtgenoot, geregistreerd partner of bloedverwant in de 1^e, 2^e of 3^e graad is.

U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van:

- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor,
- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor,

- het onderzoek, het bewaren, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie,
- zorg voor de donor die verband houdt met de opname in een instelling voor selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit die instelling. Deze zorg voor de donor omvat de zorg waar u op grond van deze Basisverzekering recht op heeft,
- vervoer van de donor binnen Nederland in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis of in verband met de zorg zoals omschreven in het vorige punt van deze opsomming. Vergoed worden de kosten van de laagste klasse van openbaar vervoer binnen Nederland, of als dat medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland,
- vervoer naar en van Nederland van een buiten Nederland wonende lever-, nier- of beenmerg donor.

Overige kosten gemoeid met de transplantatie en het wonen in het buitenland van de donor worden ook vergoed, behalve kosten van verblijf in Nederland en gedeerde inkomsten.

Let op

De kosten van het vervoer onder punt 8 en 9 van de opsomming bij 'Welke Zorg' zijn voor de zorgverzekering van de donor. Als de donor geen zorgverzekering heeft afgesloten worden de kosten vergoed uit uw zorgverzekering.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor transplantatie naar een medisch specialist in een ziekenhuis dat een vergunning heeft om transplantaties uit te voeren. Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op transplantatie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Trombosedienst

Trombose is een stolsel in een ader of slagader. Dit kan voorkomen in bijvoorbeeld de beenvaten, kransslagaders, longvaten en de vaten van de hersenen. De trombosedienst is verantwoordelijk voor het instellen, controleren en begeleiden van poliklinische patiënten die bepaalde orale antistollingsmiddelen gebruiken.

Welke zorg

U heeft recht op:

- het regelmatig afnemen van bloedmonsters,
- het verrichten van laboratoriumonderzoek als dat nodig is voor het bepalen van de stollingstijd van het bloed,
- het gebruik van apparatuur en toebehoren waarmee u de stollingstijd van uw bloed kunt meten,
- een opleiding om u wegwijs te maken met de hierboven genoemde apparatuur, en begeleiding bij de metingen,

- adviezen over de toepassing van geneesmiddelen die bloedstolling beïnvloeden.

In het Verzekeringsreglement zijn nadere voorwaarden opgenomen voor de vergoeding van zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een trombosedienst. Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op zorg door een trombosedienst als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts of medisch specialist.

Verblijf

Patiënten kunnen in overleg met de medisch specialist voor onderzoek, ingreep of ter observatie worden opgenomen. Als een patiënt meerdere dagen moet blijven, is hij 'klinisch' opgenomen. Het verblijf in een ziekenhuis of instelling kan langdurig zijn. In dat geval zijn 1.095 dagen verzekerd in de Basisverzekering. De Wet Langdurige zorg (Wlz) verzekert verblijf na 1.095 dagen.

Welke zorg

U heeft recht op verblijf, gedurende het etmaal, dat medisch noodzakelijk is in verband met verloskundige zorg, chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, medisch specialistische zorg en geriatrische revalidatie. Ook heeft u recht op de bijbehorende noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en geneesmiddelen. Het verblijf is verzekerd gedurende een ononderbroken periode van 1.095 dagen. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Een onderbreking wegens weekend- of vakantieverlof telt wel mee.

Let op

Verblijf in verband met GGZ-zorg is niet hier beschreven, maar onder artikel 'Geestelijke Gezondheidszorg'.

Welke zorgaanbieder

Het verblijf vindt plaats in een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum of een revalidatiecentrum) of een verpleeghuis. Anderzorg heeft instellingen gecontracteerd. U kunt uit deze instellingen kiezen. Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Toestemming

U heeft alleen recht op revalidatie als u voorafgaande toestemming van Anderzorg heeft, bij

- Opname

- Klinische longrevalidatie
- Zorg in het astmacentrum in Davos

Verloskundige zorg

Het overgrote deel van de verloskundige zorg aan zwangere vrouwen wordt geleverd door verloskundigen. Zij begeleiden en controleren vrouwen tijdens zwangerschap en bevalling.

Welke zorg

U heeft recht op verloskundige zorg en prenatale screening.

De prenatale screening bestaat uit:

- Counseling (voorlichting en advies)
- Als u een medische indicatie heeft: een combinatie-test, een niet-invasieve prenatale test (NIPT) en invasieve diagnostiek (vlokkentest en vruchtwateronderzoek). U heeft in ieder geval een medische indicatie voor een niet-invasieve prenatale test (NIPT) en invasieve diagnostiek (vlokkentest en vruchtwateronderzoek) als uit de combinatie-test blijkt dat er een aanmerkelijke kans bestaat dat de foetus een chromosoomafwijking heeft zoals het syndroom van Down
- Structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester (de 20 weken echo).

Welke zorgaanbieder

U kunt voor verloskundige zorg naar een huisarts die is ingeschreven in het Register Verloskunde van het College voor huisartsen met bijzondere bekwaamheden (CHBB) of een verloskundige. Als er sprake is van medische noodzaak wordt verloskundige zorg verleend in een ziekenhuis onder begeleiding van een medisch specialist. Zie het artikel over medisch specialistische zorg. Voor door de huisarts of verloskundige aangevraagd laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek en functieonderzoek kunt u naar een eerstelijns diagnostisch centrum (EDC), een productiesamenwerkingsverband, een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Let op

Het structureel echoscopisch onderzoek en de combinatie-test mogen alleen worden uitgevoerd door een zorgaanbieder die een WBO-vergunning heeft of een samenwerkingsafpraak heeft met een Regionaal Centrum dat een WBO-vergunning heeft. WBO staat voor Wet op het bevolkingsonderzoek. Een WBO-vergunning is niet nodig als er een medische indicatie is voor het onderzoek.

Eigen bijdrage verloskundige zorg

Bevalt u in een ziekenhuis of geboortecentrum zonder medische indicatie daarvoor? Dan betaalt u daarvoor 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 € 235 per dag (€ 117,50 voor de moeder en € 117,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 33 ook het bedrag dat boven de € 235 per dag uitkomt.

Vervoer per ambulance

Er zijn 2 soorten ambulancevervoer: spoedvervoer (meestal aangemeld via 112) en besteld vervoer. De ambulancezorg wordt gedaan door verpleegkundigen en chauffeurs die daarvoor speciaal zijn opgeleid.

Welke zorg

U heeft recht op:

- vervoer naar een zorgaanbieder of instelling om zorg te krijgen. Deze zorg moet geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de Basisverzekering,
- vervoer naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ of Wlz zal gaan verblijven,
- vervoer vanuit een AWBZ- of Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste komt van de AWBZ of Wlz,
- vervoer vanuit een AWBZ- of Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten, passen en repareren van een prothese, die geheel of gedeeltelijk verzekerd is in de AWBZ of Wlz,
- vervoer naar uw woning of, als u daar niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar een andere woning als u komt van een van de zorgaanbieders of instellingen als hierboven bedoeld.

U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance (bijvoorbeeld een helikopter) als vervoer per ambulance niet mogelijk is.

Welke zorgaanbieder

Ambulancevervoer wordt verleend door een door de provincie aangewezen vergunninghouder.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vervoer per ambulance als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten. U heeft alleen recht op vervoer per helikopter als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de Centrale Post Ambulance (CPA) of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg. Voor spoedeisend vervoer heeft u geen verwijzing nodig.

Indicatie

Het vervoer moet geïndiceerd zijn door de behandelend arts.

i Let op

- Het recht op ambulancevervoer is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Indien Anderzorg u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- U heeft geen recht op ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ- of Wlz-instelling.

Verpleging en verzorging

(wijkverpleegkundige zorg en medisch specialistische verpleging thuis)

Verpleging en verzorging richt zich op uw lichamelijke gezondheidszorg, sociale redzaamheid, geestelijk welzijn en op uw eigen woon- en leefomgeving. Wijkverpleegkundige zorg is per 1 januari 2015 overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en
- c. geen kraamzorg betreft.

Jonger dan 18 jaar

Als u nog geen 18 jaar bent heeft u alleen recht op verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij

- a. er sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
- b. er 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met 1 of meer specifieke verpleegkundige handelingen (bijvoorbeeld het toedienen van zuurstof).

Let op

U heeft geen recht op verpleging en verzorging als u al vanuit de Wet langdurige zorg verpleging en verzorging ontvangt.

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Anderzorg mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op onze website vinden. U kunt het ook opvragen bij ons Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, kunt u naar een verpleegkundige in dienst van een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie).

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen

omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie met een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. Dit zorgplan moet opgesteld zijn door een wijkverpleegkundige niveau 5 en ondertekend door u en de zorgaanbieder.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, moet de medisch specialist daartoe een uitvoeringsverzoek MSVT aan de zorgaanbieder hebben gedaan met daarin opgenomen:

- Omvang verpleegkundige handeling.
- Frequentie verpleegkundige handeling.
- Duur van verpleegkundige handeling (start- en einddatum).

Toestemming

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft dan moet Anderzorg u daar vooraf schriftelijk toestemming voor hebben gegeven.

Overgangsrecht

Als u op 31 december 2014 recht had op verpleging en verzorging op grond van een geldig indicatiebesluit AWBZ waarvan de geldigheidsduur nog niet is verstreken, dan blijft u hierop recht houden tot het einde van de indicatie of – als dat eerder is – tot uiterlijk 31 december 2015. U mag de zorg blijven ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Als deze zorgaanbieder geen overeenkomst heeft met Anderzorg is de vergoeding het bedrag van de nota tot een maximum van 100% van het tarief dat Anderzorg gemiddeld voor verpleging en verzorging heeft gecontracteerd.

Voorwaardelijke toelating

Sommige vormen van zorg zijn voorwaardelijk tot de Basisverzekering toegelaten. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Dit kunnen nieuwe behandelmethoden zijn, maar ook zorg die al in de Basisverzekering zit, maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan.

Voor het jaar 2015 is voorwaardelijk toegelaten:

- a. behandeling van chronische specifieke lage rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken,
- b. behandeling van therapieresistente hypertensie (hoge bloeddruk waarbij de standaardbehandeling niet voldoende effectief is) met toepassing van percutane renale denervatie,
- c. behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose,
- d. het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn.

De zorg onder a, b, c en d is alleen verzekerd als u deelneemt aan:

- hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt betaald, of
- aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:
 1. u behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek, of

2. u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
3. u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

Voor 2015 is ook de behandeling van:

- e. een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysen voorwaardelijk toegelaten. Deze behandeling is alleen verzekerd als u deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie “Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)”, of als u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:
 1. u, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek, of
 2. u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
 3. u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

Let op

Er geldt een overgangsbepaling voor de vormen van zorg genoemd onder a, b en e. Ontving u op 31 december 2013 de zorg genoemd onder a, b of e en neemt u niet deel aan het onderzoek wat onder a, b of e genoemd wordt maar voldoet u wel aan de voorwaarden die op 31 december 2013 golden? Dan houdt u recht op deze zorg gedurende de periode van de voorwaardelijke toelating. Voor a is dit tot 1 januari 2016, voor b en e tot 1 januari 2017.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zintuiglijk gehandicaptenzorg is een behandeling voor mensen met een zintuiglijke beperking. Een zintuiglijke beperking is een visuele beperking, een auditieve beperking, een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. Bij de behandeling zijn meerdere specialisten betrokken (multidisciplinaire zorg).

De zorg bestaat uit:

- Diagnostisch onderzoek,
- Interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap, en
- Interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren en de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen pre linguaal doven valt niet onder de zintuiglijk gehandicaptenzorg.

Welke zorg

U heeft recht op multidisciplinaire zorg (zorg waarbij verschillende specialisten betrokken zijn). U heeft die zorg nodig omdat u een:

- visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend),
- een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend), of
- een communicatieve beperking heeft (ernstige moeilijkheden met spraak/taal) als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis en u jonger bent dan 23 jaar.

De zorg is gericht op het leren omgaan met de beperking, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel u zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor zintuiglijk gehandicaptenzorg naar een instelling die is toegelaten conform de WTZi voor het verlenen van zintuiglijk gehandicaptenzorg en waar als het gaat om behandeling van een visuele beperking een oogarts of een GZ-psycholoog hoofdbehandelaar is, of waar als het gaat om een auditieve en/of communicatieve beperking, een GZ-psycholoog hoofdbehandelaar is.

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen.

Op www.anderzorg.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Anderzorg een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing en indicatie

U heeft alleen recht op zintuiglijk gehandicaptenzorg als u vooraf een verwijzing heeft. Als het gaat om de behandeling van een visuele beperking heeft u een verwijzing nodig van een medisch specialist die op grond van de evidence based NOG-richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing heeft vastgesteld dat er sprake is van een visuele beperking.

Als het gaat om de behandeling van een auditieve en/of communicatieve beperking heeft u een verwijzing nodig van een klinisch fysicus audioloog van het audiologisch centrum of een arts die op grond van de toepasselijke FENAC-richtlijnen heeft vastgesteld dat er sprake is van een auditieve en/of communicatieve beperking.

Toestemming

Voor zintuiglijk gehandicaptenzorg bij een zorgaanbieder die niet door Anderzorg is gecontracteerd, heeft u voorafgaande toestemming van Anderzorg nodig. Stuur u bij uw aanvraag een schriftelijke motivatie en een behandelplan van de zorgaanbieder.

Overgangsrecht

Als u op 31 december 2014 recht had op zintuiglijk gehandicaptenzorg op grond van een geldig indicatiebesluit waarvan de geldigheidsduur nog niet is verstreken, dan blijft u hierop recht houden tot het einde van de indicatie of – als dat eerder is – tot uiterlijk 31 december 2015. U mag de zorg blijven ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Als deze zorgaanbieder geen overeenkomst heeft met Anderzorg is de vergoeding het bedrag van de nota tot een maximum van 100% van het tarief dat Anderzorg gemiddeld voor verpleging en verzorging heeft gecontracteerd.

Zittend ziekenvervoer

Bij sommige indicaties kunt u een beroep doen op deze verzekering voor vervoer of de kosten daarvan. Er zijn 3 soorten zittend ziekenvervoer. U kunt vervoerd worden per auto, met het openbaar vervoer of met een ander vervoermiddel, bijvoorbeeld een boot.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van het openbaar vervoer in de laagste klasse, of op vergoeding van de kosten van een auto. Bij gebruik van een particuliere auto heeft u recht op een vergoeding van € 0,31 per kilometer. U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel als vervoer per openbaar vervoer of per auto niet mogelijk is. Als begeleiding noodzakelijk is, of als het gaat om de begeleiding van een kind jonger dan 16 jaar, worden de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van de begeleider ook vergoed. In bijzondere gevallen kan Anderzorg vergoeding van de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van 2 begeleiders toestaan.

U heeft recht op vervoer als:

- het gaat om vervoer van en naar personen, instellingen en de woningen als bedoeld onder het artikel over vervoer per ambulance, en
- u nierdialyses moet ondergaan, of
- u oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan, of
- u zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen, of
- u zich door uw beperkte gezichtsvermogen niet zonder begeleiding kan verplaatsen, of
- u een langdurige ziekte of aandoening hebt en voor de behandeling hiervan langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet toestaan van vervoer of de vergoeding van de kosten voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

Let op

- Het recht op vervoer of de vergoeding van kosten is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Als Anderzorg u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- Als u gebruik maakt van eigen vervoer, wordt de vergoeding berekend op de kortst mogelijke gebruikelijke route.
- Het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ- of Wlz-instelling wordt niet vergoed.

Eigen bijdrage

U betaalt een eigen bijdrage van € 97 per kalenderjaar.

Welke zorgaanbieder

Het vervoer wordt verleend door een vervoersbedrijf of een particulier (bijvoorbeeld een familielid of kennis). Anderzorg heeft vervoersbedrijven gecontracteerd. Welke dat zijn, wordt vermeld bij het verlenen van toestemming. Bij een vervoersbedrijf dat geen overeenkomst heeft met Anderzorg, krijgt u € 0,85 vergoed per beladen kilometer. Bij vervoer door een particulier, krijgt u € 0,31 per kilometer.

Toestemming

U vraagt vooraf toestemming aan Anderzorg. Belt u met de Servicelijn Vervoer op 0317 49 20 51. Of stuur het aanvraagformulier 'zittend ziekenvervoer' op. Het aanvraagformulier kunt u downloaden van www.anderzorg.nl. Anderzorg stelt vast of u toestemming krijgt en voor welk soort vervoer (openbaar vervoer, eigen vervoer of vervoer met een ander vervoermiddel) u toestemming krijgt.

Uw aanvullende verzekering

Anderzorg biedt verschillende aanvullende verzekeringen aan. Hieronder vindt u op alfabetische volgorde alle vormen van zorg die in de aanvullende verzekering zijn opgenomen. Bij iedere vorm van zorg staat een tabel. In deze tabel is per aanvullende verzekering aangegeven of de zorg verzekerd is en waar de eventuele vergoeding uit bestaat. Op uw zorgpolis staat welke aanvullende verzekering u heeft.

Basisverzekering of aanvullende verzekering?

Uw aanvullende verzekering is een aanvulling op uw Basisverzekering. De aanvullende verzekering is geen vervanging van de Basisverzekering. Wat verzekerd is in de Basisverzekering, wordt niet vergoed door uw aanvullende verzekering. Dat geldt ook voor het eigen risico en de eigen bijdragen van de Basisverzekering. Tenzij hiervoor in de aanvullende verzekering een extra vergoeding is opgenomen.

Gecontracteerde of erkende zorgaanbieders

Anderzorg maakt afspraken met zorgaanbieders. Zorgaanbieders zijn bijvoorbeeld ziekenhuizen, artsen en fysiotherapeuten. Die afspraken gaan over het betalen van de rekening, maar ook over de kwaliteit van de zorg. Anderzorg kan zorgaanbieders ook erkennen. Die erkenning hangt af van bijvoorbeeld goede scholing. Voor sommige vormen van zorg krijgt u alleen een vergoeding als u naar een gecontracteerde of erkende zorgaanbieder gaat. Als dat zo is, staat dat bij de vorm van zorg vermeld. U vindt de gecontracteerde en erkende zorgaanbieders op www.anderzorg.nl/zorgvinder.

Hoe werkt de Zorgvinder?

- Selecteer in de Zorgvinder het soort zorg dat u zoekt, bijvoorbeeld fysiotherapie;
- Verfijn zo nodig de selectie (bijvoorbeeld manuele therapie);
- Typ uw postcode of woonplaats in en geef de afstand op waarbinnen u zoekt;
- Vervolgens ziet u de zorgaanbieders die door Anderzorg gecontracteerd of erkend zijn. Heeft u geen toegang tot internet? U kunt ook bellen met onze Klantenservice.

Hoe krijgt u de vergoeding?

Met veel zorgaanbieders heeft Anderzorg een contract. Die zorgaanbieders kunnen de rekening rechtstreeks bij Anderzorg indienen. U hoeft hier dan niets voor te doen. Wel kunt u altijd alle rekeningen inzien in Mijn Anderzorg. Heeft u zelf een rekening ontvangen van een zorgaanbieder? U kunt de nota online declareren via www.anderzorg.nl/mijnanderzorg.

Let op

Alleen de kosten van zorg geleverd in Nederland door een zorgaanbieder of leverancier gevestigd in Nederland worden vergoed. Uitzondering hierop is vergoeding van spoedeisende zorg in het buitenland (zie artikel Buitenland).

Indicatie en doelmatigheid

U heeft alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor vergoeding van zorg in aanmerking te komen moet er een medische indicatie zijn. Welke zorg voor u nodig is, wordt

objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn (nut hebben). Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

Buitenland

Tijdens verblijf in het buitenland kan het voorkomen dat u snel medische zorg of geneesmiddelen nodig heeft. Bij spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland krijgt u service en ondersteuning van de Alarmcentrale van Anderzorg. De Alarmcentrale verzorgt onder andere contacten met behandelend artsen, repatriëring en garantiestellingen. Extra informatie kunt u vinden op www.anderzorg.nl/buitenland.

Spoedeisende zorg en geneesmiddelen in het buitenland

Er moet sprake zijn van een situatie waarin medische hulp zo snel nodig is dat terugkeren naar Nederland niet meer mogelijk is. Het was niet voorzien dat deze medische hulp nodig zou zijn. Dit wordt spoedeisende zorg genoemd.

U krijgt een aanvulling op de vergoeding die u ontvangt uit de Basisverzekering. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de Basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten.

Fysiotherapie 9	Fysiotherapie 18	Buitenland Werelddekking
Nee	Nee	Ja

U krijgt alleen vergoeding voor kosten als:

- er sprake is van een situatie waarin zorg en/of geneesmiddelen zo snel nodig zijn dat terugkeer naar Nederland niet meer mogelijk is,
- het niet te voorzien was dat deze zorg en/of geneesmiddelen nodig zouden zijn,
- direct melding is gedaan bij de Alarmcentrale van Anderzorg bij opname in een instelling,
- u niet langer dan 1 jaar in het buitenland bent,
- u een recept heeft gekregen van een huisarts of medisch specialist in het geval van geneesmiddelen, en de werkzame stof van het geneesmiddel voorkomt in een geneesmiddel dat in Nederland uit de Basisverzekering wordt vergoed, en
- de kosten zouden zijn vergoed als deze in Nederland zouden zijn gemaakt.

Voorbeeld

U breekt een been in de Verenigde Staten en heeft direct medische zorg nodig. Voor de behandeling ontvangt u een nota ter hoogte van € 3.000. In Nederland zou dat € 2.000 hebben gekost. Dat bedrag krijgt u dan uit de Basisverzekering vergoed. De aanvullende verzekering vergoedt dan de resterende € 1.000.

Alarmcentrale 0031 317 455 555

Reddingskosten zijn kosten die worden gemaakt voor opsporing, redding of berging. Wilt u een vergoeding voor reddingskosten? Sluit hiervoor een reisverzekering af. Kijk voor de reisverzekering op www.anderzorg.nl/reisverzekering.

Vervoer bij ziekte, ongeval of overlijden

Het kan gebeuren dat u in het buitenland ziek wordt of een ongeval krijgt en het noodzakelijk is dat u voor (verdere) behandeling naar Nederland terug moet keren.

U krijgt vervoer vanuit het buitenland naar een instelling in Nederland vergoed.

Fysiotherapie 9	Fysiotherapie 18	Buitenland Werelddekking
Nee	Nee	Ja

U heeft recht op deze vergoeding als de medische noodzaak door de Alarmcentrale van Anderzorg is bepaald en zij ook het vervoer regelt.

Let op

- Als de Alarmcentrale bepaalt dat begeleiding door een reisgenoot noodzakelijk is, dan worden die kosten ook vergoed.
- Bij overlijden van de verzekerde wordt het stoffelijk overschot vervoerd van de plaats van overlijden naar Nederland.
- Wilt u ook een vergoeding voor vervoerskosten als er geen medische noodzaak is? Bijvoorbeeld als u tijdens de (wintersport) vakantie uw arm breekt en wilt terugkeren naar Nederland. Sluit hiervoor een reisverzekering af. Kijk voor de reisverzekering op www.anderzorg.nl/reisverzekering.

Fysiotherapie en Oefentherapie Cesar/Mensendieck

Bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat kunt u naar de fysiotherapeut of oefentherapeut gaan. Door het toepassen van diverse technieken en oefeningen probeert deze de functie van het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Een normale houding en beweging is dan weer mogelijk, of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.

U krijgt vergoeding voor behandelingen fysiotherapie en oefentherapie tot een maximum aantal behandelingen. Dit maximum aantal behandelingen is per kalenderjaar:

Fysiotherapie 9	Fysiotherapie 18	Buitenland Werelddekking
9	18	0

U heeft recht op deze vergoeding als uw therapeut met Anderzorg een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op www.anderzorg.nl/zorgvinder.

Let op

- Kiest u voor een (kinder)fysiotherapeut, (kinder)oefentherapeut Cesar/Mensendieck, psychosomatisch (oefen)therapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, geriatriefysiotherapeut, oedeemtherapeut of huidtherapeut (alleen voor oedeemtherapie en littekentherapie) die geen contract met Anderzorg heeft? Dan moet de therapeut ingeschreven staan in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of als 'Kwaliteits geregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Kijk voor de lijst met maximale vergoedingen op www.anderzorg.nl.

- Manuele therapie krijgt u per indicatie vergoed tot maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar. Deze behandelingen maken onderdeel uit van het vermelde maximum per kalenderjaar.
- Als de eerste screening bij de therapeut plaatsvindt dan telt de screening ook als 1 behandeling. Vindt tegelijkertijd een intake en onderzoek plaats, dan is het eerste bezoek gelijk aan 2 behandelingen.
- Medische fitness en zwemmen in warm water zijn behandelingen die niet worden vergoed.

Verwijzing

- Voor therapeuten die geen contract met Anderzorg hebben, heeft u een verwijzing nodig van uw huisarts of medisch specialist, bedrijfsarts, verloskundige of tandarts.
- Voor een behandeling buiten de praktijk van de therapeut heeft u een verwijzing van uw huisarts of medisch specialist nodig.

Tandheelkundige zorg

Tandheelkundige zorg is alle zorg die u krijgt bij een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus.

U krijgt tandheelkundige zorg vergoed tot een maximumbedrag. Dit maximumbedrag is per kalenderjaar:

Tand 75% € 250	Tand 100% € 250	Tand 100% € 500
75% tot € 250	€ 250	€ 500



Let op

U krijgt alle kosten vergoed met uitzondering van de kosten voor een niet nagekomen afspraak en orthodontie.

De algemene voorwaarden

Hierna vindt u de algemene voorwaarden. In de algemene voorwaarden (1) vindt u regels die gelden voor uw Basisverzekering, aanvullende verzekering en tandartsverzekering. Bijvoorbeeld over opzeggen, premiebetaling en de wijze waarop u een klacht kunt indienen. In de algemene voorwaarden (2) vindt u nog (aanvullende) voorwaarden die niet gelden voor de Basisverzekering maar wel voor de aanvullende verzekering en de tandartsverzekering.

De algemene voorwaarden (1)

A1 Algemeen

- De overheid stelt het verzekerde pakket van de Basisverzekering vast. De Zorgverzekeringswet en de daarbij horende regelgeving, schrijft voor waarvoor u verzekerd moet zijn. Elke zorgverzekeraar moet zich strikt aan de wet houden.
- In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij zo duidelijk mogelijk aangegeven waarvoor u verzekerd bent. Als er iets in deze verzekeringsvoorwaarden onverhoopt niet helemaal overeenkomt met de wettelijke regeling, dan geldt voor u wat in die wettelijke regeling staat.
- De verzekeringsovereenkomst bestaat uit: uw zorgpolis, deze algemene voorwaarden en de voorafgaande hoofdstukken, voor zover voor u de verzekering geldt die daarin wordt beschreven.
- Deze algemene voorwaarden zijn van toepassing op uw Basisverzekering en ook op uw aanvullende verzekering en tandartsverzekering.
- Als hieronder 'verzekering' staat, bedoelen wij daarmee de Basisverzekering, de aanvullende verzekering en de tandartsverzekering.
- Welke verzekeringen u heeft gesloten, vindt u op uw zorgpolis.
- Uw rechten als verzekerde zijn beschreven in de hoofdstukken hiervóór. De toepasselijke hoofdstukken, én deze algemene voorwaarden samen, vormen de verzekeringsvoorwaarden.
- De verzekeringnemer is degene die de verzekering met Anderzorg heeft gesloten. De verzekerde is degene van wie de ziektekosten verzekerd zijn. Vaak zijn verzekeringnemer en verzekerde dezelfde persoon. Met 'u' bedoelt Anderzorg u als verzekerde. Als een bepaling alleen voor de verzekeringnemer geldt, staat dat vermeld. De artikelen A10 tot en met A13 gelden alleen voor de verzekeringnemer.

A2 Werkgebied

Anderzorg Basis is een Basisverzekering die bestemd is voor iedereen die in Nederland woont of daarbuiten, en die een Basisverzekering moet sluiten.

A3 Verzekeringsduur

De verzekering gaat in op de datum die u vindt op uw zorgpolis. Uw verzekering is geldig tot 1 januari van het volgende kalenderjaar. De verzekering wordt per 1 januari steeds met een jaar verlengd zolang u als verzekeringnemer de verzekering niet opzegt. U als verzekeringnemer wordt elk jaar geïnformeerd over de verlenging.

Let op

'Verzekeringsduur' is niet hetzelfde als 'kalenderjaar'. De verzekeringsduur kan uit vele kalenderjaren bestaan.

A4 Terugwerkende kracht

- Als voor u binnen 4 maanden nadat u verzekeringsplichtig bent geworden een Basisverzekering bij Anderzorg is gesloten, werkt de Basisverzekering terug tot en met de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- Als voor u bij Anderzorg een Basisverzekering is gesloten binnen een maand nadat een eerdere Basisverzekering met ingang van 1 januari of wegens een voor u nadelige wijziging van de voorwaarden door opzegging is geëindigd, werkt de Basisverzekering terug tot en met de dag waarop de eerdere Basisverzekering is geëindigd.

A5 Hoe kunt u de verzekering wijzigen?

Als u verzekeringnemer bent, kunt u uw verzekering wijzigen per 1 januari van ieder jaar. U kunt uw vrijwillig eigen risico wijzigen of een andere aanvullende verzekering of tandartsverzekering kiezen. Anderzorg moet uw verzoek dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben. U kunt deze wijzigingen online doorvoeren op MijnAnderzorg. U kunt ook bellen met onze Klantenservice, een e-mail sturen of een wijzigingsformulier invullen.

A6 Hoe kunt u de verzekering opzeggen?

Alleen de verzekeringnemer kan een verzekering opzeggen. Opzeggen kan met een brief. Als uw e-mail adres bij ons geregistreerd is, kunt u ook per e-mail opzeggen. Geef bij opzegging duidelijk aan welke verzekering u precies wilt opzeggen: uw Basisverzekering, uw aanvullende verzekering of uw tandartsverzekering. Wilt u ook duidelijk aangeven voor welke verzekerden de opzegging geldt?

A7 Wanneer kunt u opzeggen?

Als u verzekeringnemer bent, kunt u:

- altijd opzeggen per 1 januari. Anderzorg moet uw opzegging dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben,
- tussentijds de verzekering van een andere verzekerde opzeggen als die verzekerde ergens anders een Basisverzekering heeft gesloten. De opzegging gaat in op de dag waarop de verzekerde krachtens een andere Basisverzekering verzekerd wordt. Voorwaarde is dan wel dat de opzegging voorafgaande aan die dag is ontvangen door Anderzorg. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de 2^e kalendermaand volgende op de dag waarop is opgezegd,
- tussentijds opzeggen als u collectief bent verzekerd bij uw werkgever en wilt deelnemen aan de collectiviteit van een nieuwe werkgever. Anderzorg moet uw opzegging dan binnen 30 dagen nadat uw nieuwe dienstverband is ingegaan ontvangen hebben. De opzegging gaat in op de dag waarop u krachtens een andere Basisverzekering verzekerd wordt. Voorwaarde is dan wel dat de opzegging voorafgaande aan die dag is ontvangen door Anderzorg. Als de opzegging later ontvangen is gaat de opzegging in op de eerste dag van de 2^e kalendermaand volgende op de dag waarop is opgezegd,

- uw verzekering ook opzeggen als Anderzorg de voorwaarden verandert en de nieuwe voorwaarden voor u nadelig zijn. Anderzorg moet uw opzegging dan op zijn laatst één maand nadat de wijziging u is meegedeeld, ontvangen hebben. De opzegging gaat dan in op de dag dat de wijziging ingaat. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij Anderzorg de zorgverzekering, en als u dat aangeeft ook de aanvullende verzekering en tandartsverzekering, opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

Indien de verzekerde op grond van art 9d, eerste lid Zorgverzekeringswet is verzekerd kan deze de zorgverzekering gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het ZIN hem daarvan mededeling heeft gedaan, vernietigen indien de verzekerde aan het ZIN en de zorgverzekeraar aantoonbaar in de periode bedoeld in artikel 9d eerste lid Zorgverzekeringswet reeds bij een andere zorgverzekeraar verzekerd is (artikel 9d.5 Zorgverzekeringswet).

Let op

- Opzeggen kan niet met terugwerkende kracht. U kunt de verzekering niet opzeggen als Anderzorg wettelijk verplicht is deze te veranderen. U kunt de Basisverzekering niet opzeggen als u de premie niet heeft betaald en daarvoor bent aangemaand, tenzij Anderzorg de dekking heeft geschorst of de opzegging binnen 2 weken heeft bevestigd.
- Zo nodig in afwijking van artikel 7 Zorgverzekeringswet kan, tenzij het 4^e lid van dat artikel van toepassing is, een verzekeringnemer een zorgverzekering als bedoeld in het eerste lid van artikel 9d Zorgverzekeringswet niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt (artikel 9d.7 Zorgverzekeringswet).

Voorbeelden

1. Uw dochter gaat uit huis en wil zichzelf verzekeren. U kunt dan als verzekeringnemer de verzekering van uw dochter opzeggen per de datum dat zij een eigen verzekering heeft gesloten.
2. Wegens echtscheiding wensen u en uw ex-partner beiden een eigen verzekering. U kunt dan als verzekeringnemer de verzekering van de verzekerde (ex-partner) opzeggen. Dit kan zodra hij of zij een eigen verzekering heeft gesloten.
3. U bent individueel verzekerd. Op 1 mei treedt u in dienst bij een andere werkgever. U wilt toetreden tot de collectiviteit van uw nieuwe werkgever. Dat kan niet per 1 mei, maar wel per 1 januari aanstaande.

A8 Kan Anderzorg de verzekering beëindigen?

Anderzorg kan de verzekering beëindigen als:

- de premie niet is betaald, zie artikel A13,
- u informatie heeft achtergehouden of verkeerde informatie heeft gegeven, zie artikel A24,
- u zich tegenover Anderzorg of haar personeel heeft misdragen.

In afwijking van artikel 931 boek 7 Burgerlijk Wetboek is Anderzorg bevoegd een met hem gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen indien achteraf blijkt dat degene die het ZIN bij hem verzekerde op dat moment niet verzekeringsplichtig was (artikel 9d.6 Zorgverzekeringswet).

A9 Wanneer eindigt de Basisverzekering van rechtswege?

Uw Basisverzekering eindigt van rechtswege op de dag nadat:

- uw verzekeringsplicht eindigt,
- u komt te overlijden,
- Anderzorg het werkgebied wijzigt en u buiten dat gebied woont,
- Anderzorg geen Basisverzekeringen meer mag aanbieden.

Uw Basisverzekering eindigt van rechtswege op de 1^e dag van de 2^e maand volgende op de dag waarop u ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten het werkgebied van Anderzorg. Als Anderzorg het werkgebied wijzigt of geen Basisverzekeringen meer mag aanbieden stelt Anderzorg u daarvan uiterlijk 2 maanden voordat uw Basisverzekering eindigt, op de hoogte.

A10 Bedenktijd

U heeft een verzekering bij Anderzorg afgesloten en u bedenkt zich. U kunt dan tot uiterlijk 14 dagen na ontvangst van uw zorgpolis de verzekering ontbinden. U hoeft hiervoor geen reden op te geven. Wanneer u binnen deze 14 dagen uw verzoek tot ontbinding aan Anderzorg heeft verzonden, zal de verzekering worden ontbonden. De verzekering wordt als niet afgesloten beschouwd. Dat betekent dat u geen premie of kosten hoeft te betalen. U krijgt ook geen kosten vergoed. U kunt de verzekering ontbinden op dezelfde wijze als genoemd in artikel A6.

A11 Waarover informeert u Anderzorg?

- U informeert Anderzorg schriftelijk en binnen 30 dagen over verhuizing, overlijden, wijziging van (post)bankrekeningnummer, in diensttreding als militair in actieve dienst, begin en einde van detentie, het niet langer voldoen aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit, het vervallen van de verzekeringsplicht voor de Basisverzekering en wie uw nieuwe zorgverzekeraar is als u de verzekering bij Anderzorg heeft opgezegd.
- U verleent uw medewerking als Anderzorg informatie nodig heeft. Bijvoorbeeld de reden van een opname, voor een onderzoek naar fraude, of voor controle. Als u niet meewerkt, kan het zijn dat uw recht op zorg of vergoeding van kosten vervalt.
- U informeert en helpt Anderzorg als u ziektekosten hebt gemaakt waarvoor iemand anders aansprakelijk is, bijvoorbeeld na een verkeersongeval of medische fout. U kunt dan bellen met onze Klantenservice of onze afdeling Verhaal. Anderzorg kan dan de schade verhalen en daarmee de premies zo laag mogelijk houden. U mag zelf geen regeling treffen met deze aansprakelijke derde of zijn verzekeraar als dit nadelig is voor Anderzorg.

Als Anderzorg op grond van de door u verstrekte gegevens tot de conclusie komt dat uw Basisverzekering eindigt of geëindigd is, informeert Anderzorg u daarover direct.

A12 Premie, manier van betalen en betaling eigen risico

1 Premie

- Per 1 januari 2015 bedraagt de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 93 per kalendermaand. De te betalen premie is de geldende premiegrondslag verminderd met de eventueel van toepassing zijnde premiekorting bij deelname aan een collectiviteit en de premiekorting behorende bij een eventueel gekozen vrijwillig eigen risico. De te betalen premie vindt u in de zorgpolis.

- U bent verplicht voor de Basisverzekering premie te betalen als u 18 jaar of ouder bent. Tot de 1^e dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u de leeftijd van 18 jaar bereikt, bent u voor de Basisverzekering geen premie verschuldigd.
- Anderzorg moet uw premie hebben ontvangen voor het begin van de periode waarop de premie betrekking heeft.
- U mag de premie niet verrekenen met een uitkering die u verwacht.
- Als u een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van Anderzorg bepaalt Anderzorg waarop de betaling wordt afgeboekt.
- Als u niet per automatische incasso betaalt, kan Anderzorg kosten in rekening brengen.
- Als u met Anderzorg een betalingsregeling heeft, kan Anderzorg kosten in rekening brengen.

2 Manier van betalen

Als u voor betaling van de premie Anderzorg machtigt tot automatische incasso, geldt deze machtiging ook voor alle andere bedragen die u moet betalen aan Anderzorg, zoals het eigen risico en eigen bijdragen. Als u via automatische incasso betaalt, blijft u verantwoordelijk voor tijdige en volledige betaling. De uiterste termijn waarop u geïnformeerd wordt voordat er een bedrag via automatische incasso wordt afgeschreven is 5 werkdagen. De zorgpolis geldt als aankondiging voor de automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar.

3 Betaling eigen risico en eigen bijdrage

- Anderzorg kan u het eigen risico en eigen bijdrage in rekening brengen van u en van alle verzekerden die u heeft verzekerd.
- Als u het eigen risico en eigen bijdrage anders dan per automatische incasso betaalt, kan Anderzorg kosten in rekening brengen.

A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt

A13.1 Basisverzekering en aanvullende verzekering

1. Anderzorg stuurt u een aanmaning. Als u binnen 14 dagen alsnog de premie betaalt, blijft dit verder zonder gevolg.
2. Betaalt u niet binnen 14 dagen na deze aanmaning dan heeft dat de volgende gevolgen:
 - Anderzorg kan de dekking van alle verzekeringen schorsen. U krijgt dan geen vergoeding meer vanaf het begin van de periode waarop de niet door u betaalde premie betrekking heeft.
 - U blijft verplicht de premie te voldoen.
 - Betalingskortingen vervallen.
 - U moet de incassokosten betalen, wegens de extra werkzaamheden van Anderzorg, zoals het sturen van een acceptgiro en de aanmaningen, en wegens de werkzaamheden van de deurwaarder.
 - U moet wettelijke rente betalen over de totale vordering.
3. Als Anderzorg de premie, incassokosten en de wettelijke rente heeft ontvangen, wordt de dekking de dag na ontvangst van de betaling weer van kracht. Kosten die zijn gemaakt tijdens de schorsing krijgt u niet vergoed. Ook niet als u van Anderzorg toestemming had voor een behandeling of verstrekking.
4. Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Anderzorg de verzekeringen van alle verzekerden beëindigen.
5. Anderzorg kan het sturen van een aanmaning en het innen van een vordering overdragen aan een incassopartner. Mocht de vordering zijn overgedragen aan een incassopartner, dan kan Anderzorg

ook nieuwe openstaande vorderingen overdragen zonder dat u hiervoor een aanmaning heeft ontvangen.

A13.2 Basisverzekering

Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Anderzorg op grond van de Zorgverzekeringswet uw Basisverzekering bij het Zorginstituut Nederland (ZIN) aanmelden voor bronheffing. Er wordt u dan een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie opgelegd. Die premie wordt ingehouden op bijvoorbeeld uw salaris of uitkering. U kunt hieronder lezen wanneer de melding bij het ZIN plaatsvindt. De regels hierover vindt u in artikel 18a tot en met 18g van de Zorgverzekeringswet. Daar staat ook beschreven welke regels van toepassing zijn als het ZIN de bestuursrechtelijke premie bij u gaat innen.

Wat gebeurt er als u 2 maanden geen premie heeft betaald

1. Nadat is vastgesteld dat u 2 maanden geen premie heeft betaald, kan Anderzorg u een betalingsregeling aanbieden. Die betalingsregeling houdt in:
 - a. dat u Anderzorg machtigt om automatisch bij u te incasseren,
 - b. dat u met Anderzorg afspraken maakt om uw betalingsachterstand in termijnen terug te betalen,
 - c. dat Anderzorg de Basisverzekering niet zal beëindigen of de dekking van de Basisverzekering zal schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u de machtiging genoemd onder a intrekt, of als u de gemaakte afspraken over de betalingen niet nakomt.
2. Heeft u iemand anders verzekerd? En heeft u de premie voor de Basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in dat wij u aanbieden om deze verzekering te beëindigen. Dit aanbod geldt alleen als:
 - a. de verzekerde voor zichzelf een Basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden, en
 - b. in het geval de verzekerde bij Anderzorg blijft, hij een machtiging heeft gegeven als bedoeld onder a van 1.
3. In de brief waarin Anderzorg u een betalingsregeling aanbiedt staat dat u vier weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. In de brief zullen wij u ook uitleggen wat er gebeurt als u de premie 6 maanden niet betaalt. In de brief zullen wij u ook vertellen dat u schuldhelpverlening kunt krijgen en hoe u die hulp kunt krijgen en welke schuldhelpverlening mogelijk is.
4. Als u (ook) iemand anders heeft verzekerd, krijgt die persoon dezelfde brief over de betalingsregeling als u heeft gekregen.

Wat gebeurt er als u 4 maanden geen premie heeft betaald

5. Als u 4 maanden geen premie heeft betaald, informeren wij u en uw medeverzekerden dat Anderzorg van plan is u te melden bij het ZIN, zodra u 6 maanden of langer geen premie heeft betaald. Als Anderzorg u meldt bij het ZIN betekent dit dat het ZIN over zal gaan tot heffing van de bestuursrechtelijke premie.
 - a. Anderzorg zal de melding (nog) niet doen als u op tijd laat weten dat u vindt dat u geen schuld heeft bij Anderzorg. Of als u op tijd laat weten dat u vindt dat de hoogte van de schuld niet juist is. U bent op tijd als u Anderzorg daarover een brief stuurt, maximaal 4 weken nadat u door ons geïnformeerd bent. Anderzorg zal dan onderzoeken of zij uw schuld goed heeft berekend. Als Anderzorg vindt dat zij uw schuld goed heeft berekend dan informeert Anderzorg u daarover. Als u het niet eens bent met dat oordeel van Anderzorg dan kunt u dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of aan de burgerlijke rechter. Als u dat doet binnen 4 weken nadat u de brief van Anderzorg heeft ontvangen, zal Anderzorg u

niet melden bij het ZIN, totdat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of de burgerlijke rechter heeft beslist of Anderzorg de hoogte van uw schuld juist heeft berekend.

- b. U kunt ook vragen of Anderzorg met u een betalingsregeling wil aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt kunt u hierboven lezen onder 1 en 2. Als Anderzorg met u een betalingsregeling afspreekt zal Anderzorg u niet melden bij het ZIN zolang u de nieuwe premies op tijd betaalt.

Wat gebeurt er als u 6 maanden geen premie heeft betaald

6. Als Anderzorg heeft vastgesteld dat u 6 maanden geen premie heeft betaald zal Anderzorg u aanmelden bij het ZIN. Anderzorg zal aan het ZIN uw persoonsgegevens doorgeven en die van de personen die u heeft verzekerd. Anderzorg geeft alleen die persoonsgegevens aan het ZIN die ze nodig hebben om bij u de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen. U en de persoon die u heeft verzekerd, worden hierover ook door Anderzorg geïnformeerd.

A14 Mag Anderzorg de voorwaarden en premie wijzigen?

Anderzorg mag de voorwaarden, de premie en de kortingen op elk moment wijzigen. Een wijziging van de grondslag van de premie van de Basisverzekering treedt niet eerder in werking dan 6 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

A15 Collectieve verzekering

Anderzorg kan met uw werkgever of belangenbehartigers afspraken maken over collectieve verzekeringen. U kunt aan een collectieve verzekering deelnemen als u voldoet aan de voorwaarden. Uw werkgever of belangenbehartiger weet welke voorwaarden dat zijn. Voor een collectieve verzekering geldt het volgende:

- de collectiviteitskorting op de premie vindt u op het premieoverzicht bij uw zorgpolis,
- er kunnen voor de aanvullende verzekering en tandartsverzekering ook afwijkende collectieve afspraken gelden die met uw werkgever of belangenbehartiger zijn gemaakt. Zij kunnen u daarover informeren,
- de tussen uw werkgever of belangenbehartiger en Anderzorg overeengekomen afwijkende collectieve afspraken kunnen vanaf een bepaalde datum wijzigen. Vanaf deze datum gelden voor u de gewijzigde afwijkende collectieve afspraken.

Let op

Vanaf het moment dat u niet meer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de collectieve verzekering, vervallen voor u de premiekorting en de afwijkende collectieve afspraken. De premiekorting en de afwijkende collectieve afspraken vervallen ook vanaf het moment dat de overeenkomst tussen uw werkgever of belangenbehartiger en Anderzorg is beëindigd. Uw verzekeringen blijven dan zonder premiekorting en afwijkende collectieve afspraken doorlopen.

A16 Als u een nota indient

Vaak betaalt Anderzorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Soms komt het voor dat u zelf een nota ontvangt. Als u die indient, let u dan op het volgende:

- de factuurdatum op de nota mag niet ouder zijn dan 3 jaar,
- een nota moet zo gespecificeerd zijn dat het recht op vergoeding kan worden vastgesteld,
- als een nota vertaald moet worden, komen de vertaalkosten voor uw rekening.

U kunt uw nota online indienen via MijnAnderzorg. Let u dan op het volgende:

- een gescande nota wordt gezien als origineel,
- Anderzorg kan u vragen de originele nota alsnog in te sturen.

U kunt uw nota ook per post indienen. Let u dan op het volgende:

- het moet een originele nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning,
- nota's worden niet aan u teruggestuurd.

Tip

Laat een nota niet liggen. Spaar uw nota's liever niet op. U kunt een nota het beste direct indienen.

Let op

- Als een nota aan het voorgaande niet voldoet, ontvangt u geen vergoeding.
- Als u online declareert, moet u zelf de originele nota 3 jaren bewaren.
- Voor alle verzekeringen (Basisverzekeringen, aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen) op de zorgpolis geldt het volgende: Anderzorg mag elke vergoeding aan iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis uit elke verzekering verrekenen met elke vordering van Anderzorg uit elke verzekering op iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis.
- Een nota in buitenlandse valuta rekent Anderzorg om in euro's. Dat gebeurt tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de nota is uitgeschreven.
- Een vergoeding van zorg van een niet-gecontracteerde aanbieder wordt uitsluitend betaald op een bankrekening die op naam staat van de verzekerde of, bij het ontbreken daarvan, een bankrekening die op naam staat van de verzekeringnemer. De verzekeringnemer of de verzekerde kan geen andere bankrekening aanwijzen waarop de betaling moet plaatsvinden.
- De overdraagbaarheid van vorderingsrechten, die voor verzekerde en/of verzekeringnemer voortvloeien uit een met Anderzorg gesloten verzekeringsovereenkomst, is uitgesloten. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:84 lid 2 BW.

A17 Klachten en geschillen

Als u niet tevreden bent over de dienstverlening, wil Anderzorg dit graag van u weten. Hoe pakt u dat dan aan en bij wie moet u zijn?

Hoe pakt u dat aan?

- U vult het online klachtenformulier op www.anderzorg.nl/klachtafhandeling in waarin u kunt aangeven waarover u ontevreden bent en waarom. Heeft u hulp nodig bij het invullen van dit formulier, belt u dan onze Klantenservice.
- Die brief kunt u sturen naar de afdeling Klachtenmanagement.
- Anderzorg zal uw klacht zorgvuldig lezen en zorgen dat u antwoord krijgt.
- Als u het niet eens bent met het antwoord van Anderzorg of binnen 30 dagen geen antwoord heeft gekregen, kunt u uw probleem voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).
- De SKGZ zal uw probleem eerst voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De Ombudsman probeert door bemiddeling voor een oplossing te zorgen. Als bemiddeling niet

mogelijk is, of als de poging tot bemiddeling niet slaagt, kunt u uw probleem voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ.

- Behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kost € 37. De behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen eindigt met een bindend advies. Aan dit advies moeten Anderzorg en u zich houden.
- Ook kunt u uw zaak voorleggen aan één van de volgende instanties:
 - als het gaat over formulieren: de Nederlandse Zorgautoriteit;
 - de burgerlijke rechter.

Let op

Voor klachten over premieachterstand, zie ook artikel A13.2

Bij wie moet u zijn?

Als u niet precies weet bij wie u moet zijn, kan de afdeling Klachtenmanagement u daarbij helpen.

- Afdeling Klachtenmanagement van Anderzorg, Postbus 75000, 7500 KC Enschede
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist
- Nederlandse Zorgautoriteit, t.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

A18 Wie is Anderzorg?

Anderzorg is de risicodragers van uw verzekering. Met Anderzorg wordt bedoeld: Anderzorg Zorgverzekeraar N.V. als het om de Basisverzekering gaat en Menzis N.V. als het om de aanvullende verzekering of de tandartsverzekering gaat. De Coöperatie Menzis U.A. is enig aandeelhouder van Anderzorg Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. Door het afsluiten van de verzekering wordt u als verzekerde van Anderzorg lid van de Coöperatie Menzis U.A. Deze Coöperatie is gericht op het behartigen van de belangen van haar leden. De Coöperatie Menzis U.A., Anderzorg N.V. en Menzis N.V. hebben geen winstoogmerk.

A19 Molest

U heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. Deze 6 genoemde vormen van molest, evenals de definities daarvan, vindt u in de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponneerd onder nummer 136/1981.

A20 Terrorisme

Als 1 of meer terroristische handelingen plaatsvinden waardoor u zorg nodig heeft, geldt voor de Basisverzekering het volgende: Als de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij N.V. verwacht dat de totale schade die in een kalenderjaar als gevolg van zulke handelingen wordt gedeclareerd bij schade-, levens-, of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximum bedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg of de vergoeding daarvan tot een door die maatschappij voor alle verzekeringen te bepalen gelijk percentage van de kosten of de waarde van de zorg of overige diensten. Het is mogelijk dat Anderzorg na een terroristische handeling een aanvullende bijdrage krijgt op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering. Als dit het geval is, heeft u in aanvulling op de prestaties bedoeld in de eerste zin

van dit artikel, recht op prestaties waarvan de omvang wordt bepaald bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering.

A21 Gereserveerd

A22 Aansprakelijkheid

Anderzorg is niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder van wiens zorg u gebruik heeft gemaakt. De eventuele aansprakelijkheid van Anderzorg voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen van Anderzorg is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de verzekering voor rekening van Anderzorg zouden zijn gekomen.

A23 Geen vergoeding voor niet nagekomen afspraak

U heeft geen recht op vergoeding van kosten die aan u in rekening worden gebracht omdat u een afspraak met uw zorgaanbieder niet bent nagekomen.

A24 Fraudebestrijding

Als u of de verzekeringnemer Anderzorg opzettelijk misleidt, vervallen uw rechten. U krijgt dan geen vergoeding en Anderzorg beëindigt al uw verzekeringen. Wat Anderzorg eventueel al heeft betaald, aan u of rechtstreeks aan een zorgaanbieder, moet u terugbetalen. Ook moet u de onderzoekskosten aan Anderzorg betalen. Anderzorg doet aangifte en uw gegevens worden geregistreerd. Dat gebeurt in de registers volgens het Protocol Fraudebestrijding van het Verbond van Verzekeraars.

A25 Gedragscode persoonsgegevens

- U heeft ons persoonsgegevens toevertrouwd, zoals uw naam, adres en geboortedatum. Anderzorg zal met deze gegevens zorgvuldig omgaan. Uw gegevens worden gebruikt voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekering. Anderzorg gebruikt uw gegevens voor het uitvoeren van wettelijke verplichtingen en statistische analyses. Ook gebruikt Anderzorg uw persoonsgegevens om u te informeren over producten en diensten die voor u van betekenis kunnen zijn. Als u inzage wenst in uw gegevens of geen prijs stelt op informatie over onze producten en diensten, kunt u ons dit schriftelijk laten weten. Meer informatie vindt u op de website.
- Op verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing. Anderzorg houdt zich aan de regels van de Gedragscode. Materiële controle, het verwerken van medische gegevens en fraudeonderzoek worden verricht op de manier zoals in de Gedragscode is vastgelegd.
- Bij de uitvoering van uw verzekering zijn behalve Anderzorg ook anderen betrokken, zoals zorgaanbieders of een factoringbureau dat nota's incasseert. Het is voor de goede uitvoering van uw verzekering soms nodig dat Anderzorg uw persoonsgegevens aan die personen verstrekt en zij aan ons. U wordt geacht hiervoor uw toestemming te hebben gegeven.
- In het geval u een nota online declareert, heeft Anderzorg het recht bij de zorgaanbieder te controleren of de zorgaanbieder deze nota aan u heeft verzonden. U wordt geacht hiervoor uw toestemming te hebben gegeven.
- Anderzorg neemt uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie op. Uw zorgaanbieder, andere dienstverleners van zorg en Anderzorg gebruiken uw BSN bij elke vorm van communicatie.

A26 Overig

- De datum waarop u bent behandeld, een geneesmiddel is bereid of een hulpmiddel is afgeleverd, is bepalend voor de vergoeding en het eigen risico. De datum waarop de nota is uitgeschreven of betaald is hiervoor niet van belang. Als een behandeling in meerdere kalenderjaren valt en de zorgaanbieder die behandeling in één bedrag in rekening mag brengen, is de datum waarop de behandeling is gestart bepalend. Als het gaat om een DBC (Diagnose Behandel Combinatie), dan is de ingangsdatum van de DBC bepalend in welk kalenderjaar de vergoeding toegekend wordt.
- U verleent Anderzorg volmacht teveel betaalde vergoeding terug te vorderen.
- Als u Anderzorg bezoekt of belt en Anderzorg doet u een mondeling toezegging, dan kunt u Anderzorg vragen die toezegging schriftelijk te bevestigen. Een mondelinge toezegging wordt zonder schriftelijke bevestiging geacht niet te zijn gedaan.
- Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

De algemene voorwaarden (2)

Algemeen

De algemene voorwaarden (2) zijn alleen van toepassing op de aanvullende verzekering en de tandartsverzekering.

A27 Opzeggen

Als u verzekeringnemer bent en de Basisverzekering opzegt, kunt u uw aanvullende verzekering en tandartsverzekering bij Anderzorg laten doorlopen of per dezelfde datum opzeggen.

A28 Kan Anderzorg de verzekering beëindigen?

Anderzorg kan de aanvullende verzekering en de tandartsverzekering beëindigen als:

- u in een ander land dan Nederland gaat wonen, of
- u langer dan 12 maanden in een ander land dan Nederland verblijft, of
- Anderzorg de betrokken aanvullende verzekering of tandartsverzekering uit de markt neemt en niet langer aanbiedt.

A29 Wijziging

Als u verzekeringnemer bent en u wijzigt uw aanvullende of tandartsverzekering aansluitend voor een andere aanvullende of tandartsverzekering van Anderzorg, dan onderbreekt dat de verzekeringsduur niet. Ook niet als deze wijziging komt doordat u of andere op de zorgpolis genoemde verzekerden gaan deelnemen aan een collectieve verzekering of de deelname daaraan eindigt. Of na schorsing van de dekking wegens wanbetaling. Een bestaande termijn voor een vergoeding gaat dan niet opnieuw in. De verzekeringsduur wordt wel onderbroken als u de aanvullende en tandartsverzekering beëindigt en u niet aansluitend weer een aanvullende of tandartsverzekering van Anderzorg afsluit.

A30 Premie

- Menzis N.V. heeft Anderzorg Zorgverzekeraar N.V. gemachtigd om de premie voor de aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen te incasseren en eventuele andere vorderingen (zoals eigen bijdragen) voor haar te innen. Zelfs als daarvoor een deurwaarder wordt ingeschakeld of een procedure wordt aangespannen.
- Anderzorg kan een eigen bijdrage in rekening brengen bij de verzekeringnemer of de verzekerde om wie het gaat.
- Als u verzekeringnemer bent en ook na aanmaning de premie niet betaalt, kan Anderzorg de aanvullende verzekering en tandartsverzekering beëindigen op de begindatum van de periode waarop de premie betrekking heeft. U bent verplicht voor de aanvullende verzekeringen premie te betalen als u 18 jaar of ouder bent en voor de tandartsverzekeringen vanaf 10 jaar. Anderzorg kan premie in rekening brengen voor de aanvullende verzekering van een verzekerde jonger dan 18 jaar. Dat kan als er geen verzekerde van 18 jaar of ouder op de zorgpolis staat vermeld die voor datzelfde pakket, of een pakket met een hoger nummer, premie betaalt.

A31 Voor uw kind

Anderzorg accepteert u zonder medische selectie voor de aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen. Voor een kind tot 18 jaar kan een aanvullende verzekering met een

uitgebreidere dekking worden aangevraagd dan die van 1 van de verzekerden van 18 jaar of ouder die op de zorgpolis staan vermeld. Voor het kind wordt dan een volwassenpremie in rekening gebracht.

A32/A33 Samenloop

De aanvullende verzekering en tandartsverzekering bieden geen dekking voor kosten of schade die al op basis van een andere verzekering - al dan niet van latere datum - of een wet, een verdrag, een overeenkomst of andersoortige voorziening vergoed worden.

De aanvullende verzekering en tandartsverzekering bieden ook geen dekking voor kosten of schade die al op basis van een andere verzekering, al dan niet van latere datum, of een wet, een verdrag, een overeenkomst of andersoortige voorziening vergoed zouden worden als u de aanvullende verzekering of tandartsverzekering niet zou hebben afgesloten.

Als u een beroep doet op de aanvullende verzekering of tandartsverzekering, terwijl u ook op een andere verzekering of voorziening, bijvoorbeeld een reisverzekering, een beroep zou kunnen doen, dan moet u Anderzorg over die andere verzekering of voorziening informeren.

A34 Terrorisme

Wanneer er sprake is van terroristisch handelen, geldt voor de aanvullende verzekering en tandartsverzekering het volgende: u heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen om het gevaar van terrorisme of kwaadwillige besmetting af te wenden. Dit is anders als deze kosten zijn herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Het Clausuleblad Terrorismedekking maakt deel uit van de verzekering en is te raadplegen via www.anderzorg.nl of www.terrorismeverzekerd.nl en wordt op verzoek toegezonden.

A35 Atoomkernreacties

Zorg of vergoeding van de kosten van zorg die het gevolg zijn van atoomkernreacties zijn niet verzekerd voor de aanvullende verzekering en tandartsverzekering. Onder atoomkernreacties valt iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt, zoals kernfusie, kernsplijting, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

A36 Afwijzing aanvraag

Anderzorg kan een verzoek tot het aangaan van een aanvullende verzekering of tandartsverzekering onder andere weigeren als:

- u nog premie moet betalen voor een andere verzekering van Anderzorg,
- u zich schuldig heeft gemaakt aan (verzekerings)fraude,
- u bij Anderzorg geen Basisverzekering heeft gesloten.

Ga naar www.anderzorg.nl

Postbus 1177, 7500 BD Enschede

Anderzorg Basis

Modelnummer Zvw 3.98.15

Anderzorg Fysiotherapie, Buitenland en Tand

Modelnummer AV 3.97.15

Statutaire naam: Anderzorg N.V. Adres: Winschoterdiep 70, 9723 AB Groningen Handelsnaam: Anderzorg N.V.
Kamer van Koophandel: 50544403 Aard van de dienstverlening: aanbieden schadeverzekeringen AFM registratienummer: 12001012

Statutaire naam: Menzis N.V. Adres: Lawickse Allee 130, 6709 DZ Wageningen Handelsnaam: Menzis N.V.
Kamer van Koophandel: 50544101 Aard van de dienstverlening: aanbieden schadeverzekeringen AFM registratienummer: 12020807