

Wat is belangrijk om te weten en welke voorwaarden gelden?

Basisverzekering
Aanvullende verzekeringen
Tandartsverzekeringen

2014

Eno Zorgverzekeraar N.V.

Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn geldig vanaf 1 januari 2014. Eerdere verzekeringsvoorwaarden zijn vanaf dat moment vervallen.

Inhoudsopgave

Hoe lees je dit document?

Algemene bepalingen.....	6
Basisverzekering.....	6
Aanvullende verzekeringen.....	6
Tandartsverzekeringen.....	6
Begrippenlijst.....	6

Energiek: onderdeel van Eno.....	6
----------------------------------	---

De zorgverzekering van Energiek

Gespreid betalen verplicht eigen risico.....	6
Tijdens het jaar je aanvullende verzekering verhogen.....	6
Kinderen gratis meeverzekerd.....	6
Ervaar het gemak van digitaal declareren!.....	6
Nog meer gemak met de Energiek Declaratie-app.....	6
Gratis consult bij zorgvragen.....	7
Gezondheid van vrouwen.....	7

Contact

Website.....	7
Klantenservice.....	7
Bezoekadres.....	7
Postadres.....	7
Energiek Advies.....	7
Alarmcentrale.....	7

Algemene bepalingen

Bepalingen die voor de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen gelden

Nota's en betaling

1. Hoe rekenen wij zorgkosten toe?.....	8
2. Hoe dien je een nota in?.....	8
3. Wanneer betalen wij?.....	8

Verzekeringen sluiten en stopzetten

4. Hoe sluit je een verzekering?.....	9
5. Voor hoe lang sluit je de verzekering?.....	9
6. Hoe werkt het als je je bedenkt?.....	9
7. Wanneer eindigt de verzekering?.....	9
8. Hoe kun je de verzekering beëindigen?.....	10
9. Hoe werkt het als je via het CVZ verzekerd bent?.....	10
10. Wanneer mogen wij de verzekering beëindigen of opschorten?.....	10
11. Wat gebeurt er met jouw verzekering als je in detentie zit?.....	10

Premie

12. Hoe is de premie opgebouwd?.....	11
13. Hoe moet je de premie betalen?.....	11

Belangrijke regels

14. Voor wie zijn de verzekeringen bestemd?.....	11
15. Aan welke informatieplichten moet je voldoen?.....	11
16. Wat moet je doen als een ander aansprakelijk is voor de zorgkosten?.....	11
17. Welke aansprakelijkheidsbeperking geldt er?.....	12
18. Hoe gaan wij om met jouw persoonlijke gegevens?.....	12
19. Hoe gaan wij om met fraude?.....	12

20. Hoe word je lid van de coöperatie?.....	12
21. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?.....	12
22. Wanneer mogen wij de verzekeringsvoorwaarden wijzigen?.....	13
23. Hoe werkt het aanvragen en verlenen van toestemming?.....	13
24. Hoe kun je een klacht indienen?.....	13

Basisverzekering

Specifieke bepalingen voor de basisverzekering.....	14
---	----

Basisverzekering sluiten en stopzetten

1. Wanneer kunnen wij je weigeren?.....	14
2. Wat is de grondslag van de basisverzekering?.....	14

Premie

3. Wanneer hoef je geen premie te betalen?.....	14
4. Wat gebeurt er bij een betalingsachterstand?.....	14

Eigen risico

5. Wanneer geldt het verplicht eigen risico?.....	15
6. Wanneer geldt het vrijwillig eigen risico?.....	16
7. Welke regels zijn van toepassing op het verplicht en vrijwillig eigen risico?.....	16

Verzekeringsdekking algemeen

8. Welke prestaties zijn verzekerd?.....	16
--	----

Dekking en vergoeding in Nederland

9. Wat is de dekking in Nederland?.....	17
10. Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in Nederland vastgesteld?.....	17

Dekking en vergoeding in het buitenland

11. Wat is de dekking in het buitenland?.....	17
12. Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in het buitenland vastgesteld?.....	17

Dekking per zorgvorm

Huisartsenzorg.....	18
Preventieve voetzorg.....	18
Medisch specialistische zorg.....	19
Second opinion.....	20
Transplantatiezorg.....	20
Revalidatiezorg.....	21
Geriatrische revalidatiezorg.....	21
Dialyse zonder opname.....	22
Mechanische beademing.....	22
Onderzoek naar kanker bij kinderen.....	22
Trombosezorg.....	23
Erfelijkheidsadvisering.....	23
Audiologische zorg.....	23
Verloskundige zorg.....	23
Kraamzorg.....	24
Fysiotherapie en oefentherapie.....	24
Logopedie.....	25
Ergotherapie.....	25
Dieetadvisering.....	26
Ketenzorg.....	26
Tandheelkundige zorg.....	26
Orthodontie in bijzondere gevallen.....	27
Geneesmiddelenzorg.....	28
Verblijf.....	29
Verpleging zonder verblijf.....	29

Ambulancevervoer.....	30
Zittend ziekenvervoer.....	30
Dyslexiezorg.....	31
Basis ggz.....	32
Gespecialiseerde ggz.....	32
Hulpmiddelenzorg.....	33
Stoppen met roken.....	33
Voorwaardelijk toegelaten zorg.....	34

Aanvullende verzekeringen Start, Extra, Plus, Top

Specifieke bepalingen voor de aanvullende verzekering.....	35
--	----

Aanvullende verzekering sluiten en stopzetten

1. Wanneer kun je een aanvullende verzekering sluiten?.....	35
2. Wanneer begint de aanvullende verzekering?.....	35
3. Hoe kun je de aanvullende verzekering wijzigen?.....	35

Premie

4. Hoe is de premie opgebouwd?.....	36
-------------------------------------	----

Verzekeringsdekking algemeen

5. Wanneer heb je recht op vergoeding?.....	36
---	----

Specifieke beperkingen voor de aanvullende verzekeringen

6. Wanneer geldt er een wachttijd?.....	36
7. Welke algemene beperkingen van de verzekeringsdekking gelden?.....	36
8. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?.....	36
9. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen?.....	37

Dekking en vergoeding per zorgvorm

Brillen en lenzen.....	37
Algemene fysiotherapie, manuele therapie, oefentherapie.....	37
Beweegprogramma.....	38
Alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen.....	39
Geneesmiddelenzorg.....	39
Kraampakket.....	40
Bevalling in een ziekenhuis/geboortecentrum zonder medische noodzaak.....	40
Vergoeding eigen bijdrage voor kraamzorg.....	40
Begeleiding bij borstvoeding.....	41
TENS bij bevalling.....	41
Zwangerschapcursussen en moederbegeleiding.....	41
Anticonceptiemiddelen.....	41
Sterilisatie.....	42
MammaPrint.....	42
Stoppen met roken.....	42
Sportmedisch advies.....	43
Gezondheidsonderzoek met leefstijladvies.....	43
Gezondheidskursussen.....	43
Hulpmiddelen.....	44
Hospice.....	44
Kuuroord.....	44
Therapeutisch vakantiekamp.....	45
Ziekenvervoer.....	45
Reiskosten bij ziekenbezoek.....	46
Logeershuis.....	46
Kinderopvang bij ziekenhuisopname.....	46
Voetverzorging.....	47
Gezichtsverzorging.....	47
Ooglasering.....	48

Lensimplantaties.....	48
Ooglidcorrectie	48
Spataderbehandeling.....	49
Oorstandcorrectie.....	49
Alarmcentrale.....	49
Vaccinaties.....	50
Spoedeisende zorg in het buitenland, medisch noodzakelijke terugreis en vervoer overledene.....	50
Overige zorg.....	51
Herstel en balans.....	51
Mantelzorgmakelaar.....	52

Tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus, TandTop

Specifieke bepalingen voor de tandartsverzekering.....	53
--	----

Tandartsverzekering sluiten

Geldt er een medische selectie?.....	53
Dekking en vergoeding.....	53

Wat betekenen alle begrippen?.....	55
------------------------------------	----

Hoe lees je dit document?

Als je dit document leest, heb je waarschijnlijk zorg nodig of zorg ontvangen. Je wilt weten of en hoeveel vergoeding je krijgt als je een bepaalde behandeling moet ondergaan of bepaalde medicijnen nodig hebt. In dit document vind je antwoord op deze vragen.

Algemene bepalingen

Na de algemene servicepagina's vind je de algemene verzekeringsbepalingen. Een deel van de bepalingen geldt voor zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen. Wij hebben ze daarom gecombineerd opgenomen. In deze algemene bepalingen staat bijvoorbeeld hoe je een nota moet indienen en binnen hoeveel dagen die door ons wordt betaald. Maar ook in welke gevallen je toestemming aan ons moet vragen voor een behandeling.

Basisverzekering

In dit hoofdstuk vind je de afspraken die alleen voor de basisverzekering gelden. Daarnaast lees je hier per zorgvorm (bijvoorbeeld huisartsenzorg) wat de dekking van de zorg is.

Aanvullende verzekeringen

In dit hoofdstuk vind je de algemene afspraken die alleen gelden voor de aanvullende verzekeringen Start, Extra, Plus en Top, en voor de tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus en TandTop. Ook vind je de dekking en vergoeding per zorgvorm vanuit de aanvullende verzekering.

Tandartsverzekeringen

In dit hoofdstuk vind je de dekking en vergoeding vanuit de tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus en TandTop.

Begrippenlijst

Om verwarring over de uitleg van begrippen te voorkomen, vind je achterin dit document een definitie van alle belangrijke begrippen. Altijd handig om erbij te hebben!

Servicepagina's

Energiek: onderdeel van Eno

Energiek is een onderdeel van Eno, een moderne dienstverlener die een optimale gezondheid van klanten centraal stelt in haar denken en handelen. Ook de merken HollandZorg en Salland Verzekeringen behoren tot de dienstverlening van Eno.

De zorgverzekering van Energiek

Bij Energiek kies je de zorgverzekering die het beste bij jou (en je eventuele gezin) past. Afhankelijk van jouw persoonlijke behoefte breid je de Energiek Basisverzekering uit met een van de vier aanvullende verzekeringen en/of een van de drie tandartsverzekeringen. Bij Energiek hoef je dus geen aanvullende verzekering af te sluiten om een tandartsverzekering af te kunnen sluiten. Dat scheelt!

Gespreid betalen verplicht eigen risico

In 2014 geldt een verplicht eigen risico van € 360,- per volwassene. Denk je volgend jaar een bedrag verplicht eigen risico te moeten betalen? En betaal je dit bedrag liever niet in één keer? Kies dan voor de mogelijkheid om je verplicht eigen risico gespreid te betalen. Kijk voor meer informatie op www.energiek.nl/eigenrisico of neem contact op met onze klantenservice via info@energiek.nl of tel. (0570) 687 077.

Wil je je wettelijk verplicht eigen risico in 2014 vooraf gespreid betalen? Schrijf je dan vóór 1 februari 2014 in voor deze service.

Tijdens het jaar je aanvullende verzekering verhogen

Je kunt bij Energiek kiezen uit vier verschillende aanvullende verzekeringen en drie verschillende tandartsverzekeringen. Het is

mogelijk om tijdens het jaar alsnog een aanvullende verzekering of tandartsverzekering af te sluiten als je deze nog niet had. Ook is het mogelijk tijdens het jaar je verzekering op te hogen.

Let op! Er geldt een wachttijd van zes maanden voordat je aanspraak kunt maken op vergoeding vanuit de nieuwe aanvullende verzekering of tandartsverzekering.

Gaat de wijziging bijvoorbeeld in per 1 april, dan kun je vanaf oktober aanspraak doen op de vergoeding vanuit de nieuwe aanvullende verzekering. Tot die tijd houd je recht op de vergoeding vanuit de eerdere (minder uitgebreide) aanvullende verzekering als je die had.

Kinderen gratis meeverzekerd

Heb je minderjarige kinderen op jouw polis staan? Dan krijgen zij automatisch gratis de meest uitgebreide verzekeringen van jou en/of je eventuele partner.

Ervaar het gemak van digitaal declareren!

Via Mijn Energiek kun je 24/7:

- ✓ online declaraties indienen;
- ✓ altijd jouw zorgkosten bekijken;
- ✓ wijzigingen online doorgeven.

Nog meer gemak met de Energiek Declaratie-app

Met onze gratis declaratie-app kun je nog makkelijker jouw zorgnota's indienen. Je vult een paar gegevens in, maakt een foto van je nota en verstuurt deze met één druk op de knop. Wij betalen jouw digitale nota binnen 5 werkdagen! Je kunt de declaratie-app downloaden via energiek.nl/digitaaldeclareren.

Gratis consult bij zorgvragen

Heb je een vraag over je gezondheid of wil je bijvoorbeeld een professionele coach raadplegen? Je regelt het eenvoudig online. Stel je vraag via www.energiek.nl/consult. Je ontvangt binnen twee werkdagen antwoord op je vraag. Onze deskundigen helpen je graag!

Contact

Website

Veel antwoorden op vragen vind je online, via www.energiek.nl/vragen. Je kunt je vraag ook stellen via het contactformulier op onze website. Of stuur een e-mail naar info@energiek.nl. Wil je ons volgen op Twitter? Dat kan via [@Energiek_Vrouw](https://twitter.com/Energiek_Vrouw). Ook kun je ons vinden op Facebook.

Klantenservice

Stel je je vraag liever telefonisch? Onze Klantenservice is bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.00 uur tot 19.00 uur en op zaterdag van 9.00 uur tot 13.00 uur op telefoonnummer: (0570) 687 077.

Bezoekadres

Langskomen en persoonlijk een van onze medewerkers spreken kan ook. Ons bezoekadres is Munsterstraat 7 in Deventer. Wij zijn op werkdagen geopend van 8.00 uur tot 17.00 uur.

Postadres

Energiek, Postbus 166, 7400 AD Deventer

Energiek Advies

Zelfs als je over het algemeen gezond bent, beland je wel eens bij een arts of specialist. Het kan zijn dat je daar vragen over hebt, zoals 'Waar kan ik het snelst terecht?' of 'Hoe krijg ik een second opinion?'.

Zit je met vragen over de zorg die Energiek biedt? Dan kun je altijd contact opnemen met de Energiek Advieslijn. De Energiek Advieslijn is op werkdagen telefonisch bereikbaar via telefoonnummer (0570) 687 088. Per e-mail kun je ons bereiken via info@energiek.nl.

Gezondheid van vrouwen

Wij zetten ons actief in voor de gezondheid van vrouwen. Door vergoedingen in onze verzekeringen op te nemen die juist voor vrouwen interessant zijn. Maar bijvoorbeeld ook door samenwerkingen aan te gaan met partijen die zich inzetten voor betere zorg voor vrouwen. Zoals het Alexander Monro Ziekenhuis, het eerste in borstkanker gespecialiseerde ziekenhuis in Nederland.

Alarmcentrale

Ben je in het buitenland en heb je acuut zorg nodig, neem dan zo snel mogelijk contact op met de Energiek alarmcentrale.

Telefoonnummer: (0570) 687 044
 Vanuit het buitenland: +31 570 687 044
 E-mail: alarmcentrale@energiek.nl

De Energiek alarmcentrale helpt je met het vinden van de juiste zorgverlener. Onze alarmcentrale is 7 dagen per week en 24 uur per dag bereikbaar. Neem zo snel mogelijk contact op met de alarmcentrale. Zo voorkom je dat je achteraf voor vervelende financiële verrassingen komt te staan.



Algemene bepalingen

Bepalingen die voor de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen gelden

De bepalingen in het hoofdstuk Algemene bepalingen zijn van toepassing op de basisverzekering, de aanvullende verzekeringen en de tandartsverzekeringen.

Nota's en betaling

1. Hoe rekenen wij zorgkosten toe?

Kosten van de zorg worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin je de zorg hebt gekregen. Heb je de zorg in twee achtereenvolgende kalenderjaren gekregen, maar is de zorg in één bedrag in rekening gebracht? Dan wordt de zorg toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is gestart.

De kosten van een DBC(-zorgproduct) worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC of het DBC-zorgproduct is geopend.

2. Hoe dien je een nota in?

Het is niet de bedoeling dat je een nota krijgt voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder. Een gecontracteerde zorgaanbieder stuurt de declaratie rechtstreeks naar ons. Ga je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan kun je zelf de nota declareren.

Wij nemen een nota in behandeling als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- ✓ De nota is op een van de volgende manieren ingediend:
 - de originele nota is ingediend; of
 - de (gescande) nota is via www.energiek.nl (Mijn Energiek) of met behulp van de Energiek Declaratie-app ingediend. In dat geval moet je de originele nota twee jaar na de indiening bewaren voor controle. Wij kunnen je vragen de originele nota alsnog naar ons te sturen. Als wij de originele nota dan niet ontvangen, vervalt het recht op vergoeding van die nota. De ten onrechte betaalde vergoeding vorderen we dan terug;
- ✓ De nota is in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse, Spaanse of Turkse taal opgesteld. Is de nota in een andere taal opgesteld? Dan kunnen wij weigeren de nota in behandeling te nemen, tenzij je een vertaling van een beëdigd vertaler meestuurt;

- ✓ Je stuurt met de nota een ingevuld en ondertekend declaratieformulier mee. Declaratieformulieren kun je downloaden via www.energiek.nl/declareren. Op verzoek zenden wij een formulier toe;
- ✓ De nota is goed leesbaar.

Je moet de nota van de zorg indienen binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin je de zorg hebt gekregen. Het gaat daarbij om de behandeldatum of leveringsdatum en niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als de zorg is omschreven als DBC(-zorgproduct), moet je de nota indienen binnen 12 maanden vanaf het moment dat de DBC of het DBC-zorgproduct is gesloten.

Als je een nota indient na de termijn van 12 maanden, kunnen wij besluiten de nota gedeeltelijk of helemaal niet te vergoeden. Een nota die je indient na verloop van drie jaren na de behandeldatum, leveringsdatum of datum van sluiting van de DBC of het DBC-zorgproduct, vergoeden wij nooit.

Je mag een vordering die je op ons hebt of zult krijgen (een toekomstige vordering) niet overdragen aan een ander. Het maakt daarbij niet uit of die ander een natuurlijk persoon of een rechtspersoon is.

3. Wanneer betalen wij?

Een door jou via www.energiek.nl (Mijn Energiek) of via de Energiek Declaratie-app ingediende nota vergoeden wij binnen 5 werkdagen na ontvangst van de nota. De status van jouw via Mijn Energiek of via de Energiek Declaratie-app ingediende nota's kun je volgen via Mijn Energiek. Nota's (met bijbehorend declaratieformulier) die je op een andere manier indient, vergoeden wij in principe binnen 10 werkdagen na ontvangst van de nota.

Wij mogen de kosten van de zorg rechtstreeks voldoen aan de zorgaanbieder die de zorg heeft verleend. Door die betaling vervalt jouw aanspraak op vergoeding.

Als wij aan een zorgaanbieder meer vergoeden dan wij verplicht zijn op grond van de verzekering, word je geacht ons een volmacht te hebben gegeven tot incasso van deze meerkosten. Ook kunnen wij je (verzekerde/verzekeringnemer) het teveel betaalde in rekening brengen. Je (verzekerde/verzekeringnemer) moet dan het teveel betaalde aan ons vergoeden.

Wij voldoen de vergoeding van kosten van zorg en de andere aan jou (verzekerde/verzekeringnemer) te vergoeden bedragen door betaling op het ons bekende rekeningnummer van de verzekeringnemer. Als je dat niet wilt, moet je ons dat tijdig schriftelijk laten weten. Door de betaling aan de verzekeringnemer vervalt jouw aanspraak op vergoeding.

Wij mogen de vergoeding van kosten van zorg en de andere aan jou (verzekerde/verzekeringnemer) te vergoeden bedragen verrekenen met de door jou (verzekerde/verzekeringnemer) aan ons verschuldigde premies, rente, kosten of andere bedragen.

Op de vergoeding van kosten van de zorg die valt onder de basisverzekering brengen wij de wettelijke eigen bijdrage in mindering, tenzij de wettelijke eigen bijdrage al is verrekend met de zorgaanbieder.

Wij vergoeden de kosten van de zorg in euro's. Voor het omrekenen van buitenlandse valuta gebruiken wij zo veel mogelijk de omrekenkoers op de datum waarop de zorg is verleend.

Verzekeringen sluiten en stopzetten

4. Hoe sluit je een verzekering?

Je (verzekeringnemer) kunt een aanvraag tot het sluiten van een verzekering doen, door een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier naar ons te sturen. Dat kan ook via het aanvraagformulier op www.energiek.nl/aanmelden. Op verzoek zenden wij een aanvraagformulier toe.

De verzekering gaat in op de dag waarop wij de aanvraag tot het sluiten van een verzekering van jou (verzekeringnemer) hebben ontvangen. Wij sturen jou (verzekeringnemer) en de te verzekeren persoon een ontvangstbevestiging van de aanvraag met de datum van ontvangst.

Als wij niet kunnen vaststellen of de te verzekeren persoon verplicht is een basisverzekering te sluiten, vragen wij je (verzekeringnemer) om aanvullende informatie. De basisverzekering voor die te verzekeren persoon gaat dan in op de dag dat wij de aanvullende informatie hebben ontvangen en uit die informatie de verzekeringsplicht blijkt. Wij sturen jou (verzekeringnemer) en de te verzekeren persoon een ontvangstbevestiging van de aanvullende informatie met de datum van ontvangst.

Als de basisverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de zorgverzekeringsplicht is ontstaan, werkt de basisverzekering terug tot en met de dag waarop de zorgverzekeringsplicht is ontstaan. Als de te verzekeren persoon op de dag van de aanvraag al een zorgverzekering heeft, gaat de basisverzekering in op de latere dag dat jij (verzekeringnemer) de basisverzekering wilt laten ingaan.

Als de basisverzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door een wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 7:940, lid 4, van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, werkt de basisverzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

Wij verstrekken jou (verzekerde/verzekeringnemer) zo spoedig mogelijk na het sluiten van de verzekering en vervolgens voor het begin van ieder kalenderjaar een polis.

Als je (verzekerde/verzekeringnemer) toestemming hebt gegeven voor het digitaal ontvangen van de polis, kun je (verzekerde/verzekeringnemer) die toestemming weer intrekken. Dat kan op een van de volgende manieren:

- ✓ schriftelijk. Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan Energiek, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- ✓ per e-mail aan info@energiek.nl;
- ✓ via het wijzigingsformulier op www.energiek.nl/wijzigen.

5. Voor hoe lang sluit je de verzekering?

De verzekering wordt gesloten voor één kalenderjaar. Als de verzekering ingaat in de loop van een kalenderjaar, wordt deze gesloten voor de duur van dat kalenderjaar.

De verzekering wordt met ingang van 1 januari van elk kalenderjaar stilzwijgend verlengd met één kalenderjaar, tenzij sprake is van voortijdige opzegging als bedoeld in deze verzekeringsvoorwaarden.

6. Hoe werkt het als je je bedenkt?

Je (verzekeringnemer) kunt je na het sluiten van de verzekering bedenken. In dat geval kun je (verzekeringnemer) de verzekering binnen 14 dagen na ontvangst van de eerste polis opzeggen. De verzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat wij de eventueel betaalde premie terugstorten en jij (verzekerde/verzekeringnemer) verplicht bent om de eventueel door ons betaalde zorgkosten terug te betalen.

Je (verzekeringnemer) moet de opzegging doen op een van de volgende manieren:

- ✓ schriftelijk. Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan Energiek, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- ✓ per e-mail aan info@energiek.nl;
- ✓ via het wijzigingsformulier op www.energiek.nl/wijzigen.

Een mondelinge opzegging geldt niet.

7. Wanneer eindigt de verzekering?

De verzekering eindigt met ingang van de dag na de dag waarop:

- ✓ onze vergunning voor het mogen aanbieden van zorgverzekeringen is geëindigd. In dat geval melden wij je (verzekeringnemer) uiterlijk twee maanden voor het eindigen van de verzekering de datum van de beëindiging en de reden;
- ✓ je overlijdt. De verzekeringnemer of jouw erfgenamen zijn verplicht het overlijden spoedig aan ons door te geven.

De basisverzekering eindigt daarnaast met ingang van de dag na de dag waarop jouw verzekeringsplicht eindigt. Dat moet je (verzekerde/verzekeringnemer) zo snel mogelijk aan ons doorgeven.

8. Hoe kun je de verzekering beëindigen?

Je (verzekeringnemer) kunt de verzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.

Je (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen van een andere persoon die jij verzekerd hebt en die op grond van een andere zorgverzekering verzekerd wordt. Als wij de opzegging hebben ontvangen voor de ingangsdatum van die andere zorgverzekering, eindigt de basisverzekering van die andere persoon op de ingangsdatum van de andere zorgverzekering. In andere gevallen eindigt de basisverzekering van die andere persoon op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop jij (verzekeringnemer) hebt opgezegd.

Je (verzekeringnemer) kunt de verzekering opzeggen als wij de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van jou (verzekerde/verzekeringnemer) wijzigen. Dit geldt niet als de wijziging het rechtstreekse gevolg is van een wijziging van de wettelijke regeling. De opzegging moeten wij ontvangen voor de ingangsdatum van de wijziging of binnen één maand nadat wij de wijziging hebben gemeld. De verzekering eindigt dan op de dag dat de wijziging ingaat.

Je (verzekeringnemer) kunt de verzekering opzeggen als jouw deelname aan een collectiviteit eindigt door de beëindiging van een dienstverband en jij (verzekeringnemer) direct aansluitend daarop een nieuwe zorgverzekering sluit en deelneemt aan een collectiviteit via je nieuwe dienstverband. Dat geldt ook voor jouw gezinsleden. De opzegging moeten wij ontvangen binnen 30 dagen na de beëindiging van het dienstverband. Als wij de opzegging hebben ontvangen voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering, eindigt de verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. In andere gevallen eindigt de verzekering op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop jij (verzekeringnemer) hebt opgezegd.

De genoemde opzegmogelijkheden gelden niet voor de basisverzekering als de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan en wij jou (verzekeringnemer) hebben aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, tenzij wij de dekking van de basisverzekering hebben opgeschort of tenzij wij jou (verzekeringnemer) binnen twee weken de opzegging hebben bevestigd.

Je (verzekeringnemer) moet de opzegging doen op een van de volgende manieren:

- ✓ schriftelijk. Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan Energiek, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- ✓ per e-mail aan info@energiek.nl;
- ✓ via het wijzigingsformulier op www.energiek.nl/wijzigen.

Een mondelinge opzegging geldt niet.

9. Hoe werkt het als je via het CVZ verzekerd bent?

Als je verzekerd bent door het CVZ in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kun je de basisverzekering vernietigen. Dat kan alleen in de periode van twee weken vanaf de datum dat het CVZ je heeft gemeld dat je verzekerd bent. Je moet daarbij aantonen dat je al een andere zorgverzekering hebt gekregen in de periode van drie maanden vanaf de datum van verzending door het CVZ van

de tweede bestuurlijke boete wegens het onverzekerd zijn en de opdracht jou te (laten) verzekeren op grond van een zorgverzekering.

Als je bent verzekerd door het CVZ in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kun je de basisverzekering niet opzeggen gedurende de eerste 12 maanden dat deze loopt. Gedurende die periode gelden de opzegmogelijkheden van artikel 8 van deze algemene bepalingen niet.

Als je bent verzekerd door het CVZ in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kunnen wij de basisverzekering wegens dwaling vernietigen, als achteraf blijkt dat je niet verzekeringsplichtig was. De basisverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan.

10. Wanneer mogen wij de verzekering beëindigen of opschorten?

Wij kunnen de verzekering opzeggen of ontbinden of de dekking van de verzekering opschorten:

- ✓ als jij (verzekeringnemer) de premie of overige bedragen die je (verzekeringnemer) aan ons moet betalen niet op tijd hebt voldaan. Dat geldt alleen als jij (verzekeringnemer) na schriftelijk te zijn aangemaand tot betaling binnen de daarvoor gestelde termijn, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betalen, nog niet volledig hebt betaald. Opzeggen of ontbinden wegens wanbetaling doen wij niet met terugwerkende kracht. Een opschorting wegens wanbetaling eindigt op de dag na die waarop wij het verschuldigde bedrag, inclusief rente en kosten, hebben ontvangen;
- ✓ als jij (verzekerde/verzekeringnemer) ons niet, niet volledige of onjuiste informatie of bescheiden verstrekt die relevant zijn voor de uitvoering van de verzekering en die tot nadeel voor ons leiden of kunnen leiden;
- ✓ als jij (verzekerde/verzekeringnemer) iets gedaan hebt met de opzet ons te misleiden of als wij geen verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken;
- ✓ als jij je jegens ons of onze medewerkers ernstig misdraagt.

In alle gevallen verstrekken wij je (verzekerde/verzekeringnemer) een bewijs van het einde van de verzekering. Bij het eindigen van de basisverzekering sturen wij een bewijs met vermelding van de gegevens die de Zorgverzekeringswet ons voorschrijft.

11. Wat gebeurt er met jouw verzekering als je in detentie zit?

De dekking en de premieplicht uit de verzekering zijn opgeschort gedurende de periode die je in detentie zit. Wij kunnen jouw basisverzekering niet opzeggen of ontbinden zolang je in detentie zit.

Vergeet niet ons de begindatum en het einde van jouw detentie te melden. De begindatum moet je binnen één maand na het begin van de detentie melden. Het einde van de detentie moet je ons binnen één maand na afloop van de detentie melden. De melding doe je door een detentieverklaring van jouw penitentiaire inrichting te sturen naar Energiek, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig).

Als je in het buitenland in detentie zit, moet je ons als bewijs daarvan een verklaring van de Minister van Buitenlandse Zaken of een verklaring van Reclassering Nederland overleggen waaruit die detentie blijkt.

Premie

12. Hoe is de premie opgebouwd?

De premie is gelijk aan de premiegrondslag, verminderd met eventuele kortingen, bijvoorbeeld door een vrijwillig eigen risico of door deelname aan een collectiviteit.

De premiegrondslag is opgenomen in de Premiebijlage bij de verzekeringsvoorwaarden.

De premiegrondslag, de eventueel toepasselijke kortingen en de verschuldigde premie staan vermeld in de polis.

Als de verzekering niet ingaat per de eerste dag van een maand, wordt de premie voor die eerste maand naar rato van het aantal verzekerde dagen in die maand vastgesteld.

13. Hoe moet je de premie betalen?

Je (verzekeringnemer) moet de premie vooruit betalen. Dat moet voor de dag dat de periode begint waarop de premie betrekking heeft. Wij bepalen of de betaling per maand, per half jaar of per jaar mag en welke vorm van betaling mogelijk is.

Bij niet-tijdige betaling van de premie of andere aan ons te betalen bedragen, kunnen wij jou (verzekerde/verzekeringnemer) de wettelijke rente, invorderingskosten en administratiekosten in rekening brengen.

Je (verzekerde/verzekeringnemer) mag de te betalen premie of andere aan ons te betalen bedragen niet verrekenen met van ons te ontvangen bedragen. Ook mag je (verzekerde/verzekeringnemer) de betaling niet opschorten als jij (verzekerde/verzekeringnemer) vindt dat wij je (verzekerde/verzekeringnemer) een bedrag verschuldigd zijn.

In geval van overlijden van de verzekerde betalen wij de reeds betaalde premie terug, voor zover die betrekking heeft op de periode vanaf de dag na het overlijden.

Belangrijke regels

14. Voor wie zijn de verzekeringen bestemd?

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn bestemd om te worden aangeboden aan alle personen die in Nederland of in het buitenland wonen en die verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten.

Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

15. Aan welke informatieplichten moet je voldoen?

Je (verzekerde/verzekeringnemer) bent verplicht:

- ✓ als je zorg krijgt in een ziekenhuis of polikliniek je te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of een vreemdelingendocument (identiteitsbewijzen als bedoeld in de Wet op de identificatieplicht);
- ✓ de zorgaanbieder die jou behandelt te vragen de reden van behandeling bekend te maken aan de medisch adviseur, als de medisch adviseur daarom vraagt;
- ✓ ons medewerking te verlenen voor het verkrijgen van alle door ons gewenste informatie;

- ✓ in geval van detentie ons de begindatum en het einde van jouw detentie te melden. De begindatum moet je binnen één maand na het begin van de detentie melden. Het einde van de detentie moet je ons binnen één maand na afloop van de detentie melden. De melding doe je door een detentieverklaring van jouw penitentiaire inrichting te sturen naar Energiek, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- ✓ ons spoedig op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, waaronder verhuizing, geboorte, overlijden, wijziging bank- of gironummer, of die tot het einde van jouw verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

Als jij (verzekerde/verzekeringnemer) je niet houdt aan de informatieplichten, heb je geen recht op vergoeding van kosten van de zorg, als onze belangen hierdoor zijn geschaad.

Als wij tot de conclusie komen dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, melden wij dit jou (verzekeringnemer) zo spoedig mogelijk, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is.

Onze mededelingen aan jou (verzekerde/verzekeringnemer) gelden alleen als wij deze schriftelijk of, met jouw toestemming, per e-mail hebben bevestigd. Als wij gebruik maken van het laatst bij ons bekende woonadres of e-mailadres van jou (verzekerde/verzekeringnemer) dan mogen wij ervan uitgaan dat de mededeling jou (verzekerde/verzekeringnemer) heeft bereikt.

Als je (verzekerde/verzekeringnemer) ons toestemming hebt gegeven voor het elektronisch verzenden van mededelingen, kun je (verzekerde/verzekeringnemer) die toestemming weer intrekken. Dat kan op een van de volgende manieren:

- ✓ schriftelijk. Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan Energiek, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- ✓ per e-mail aan info@energiek.nl;
- ✓ via het wijzigingsformulier op www.energiek.nl/wijzigen.

16. Wat moet je doen als een ander aansprakelijk is voor de zorgkosten?

Het kan gebeuren dat je door toedoen van een ander zorg nodig hebt, bijvoorbeeld als gevolg van een ongeval. Die persoon kan aansprakelijk zijn voor de kosten van de zorg die jij daardoor nodig hebt.

Als iemand anders mogelijk aansprakelijk is voor de kosten van de zorg aan jou, ben je verplicht dat ons te melden. Dat kan op verschillende manieren:

- ✓ telefonisch via (0570) 687 077;
- ✓ schriftelijk. Richt de brief aan Energiek, Verhaal, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- ✓ per e-mail aan verhaal@energiek.nl;
- ✓ via het formulier 'schade door ongeval' op www.energiek.nl/schade. Via onze website krijg je direct een globale indicatie of verhaal van schade door jezelf of door ons misschien mogelijk is.

Je bent verplicht ons de informatie te geven die wij nodig hebben om de kosten van de zorg aan jou te verhalen op die andere persoon.

Je mag geen afspraken maken met een ander of de aansprakelijkheidsverzekeraar van die ander, die onze mogelijkheden

om de zorgkosten te verhalen benadelen of kunnen benadelen. Dat geldt niet als je vooraf schriftelijke toestemming van ons hebt gekregen.

Als onze mogelijkheden om de zorgkosten te verhalen door jouw toedoen of jouw nalaten zijn benadeeld, kunnen wij besluiten de kosten van de zorg die wij daardoor niet kunnen verhalen, niet te vergoeden. Als wij deze kosten al hebben vergoed, kunnen wij besluiten deze kosten terug te vorderen.

17. Welke aansprakelijkheidsbeperking geldt er?

Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die je (verzekerde/verzekeringnemer) lijdt als gevolg van het doen of nalaten van een zorgaanbieder die jou zorg heeft verleend of had moeten verlenen.

Onze eventuele aansprakelijkheid voor schade als gevolg van onze tekortkomingen bij de uitvoering van de verzekering is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de basisverzekering voor onze rekening zouden zijn gekomen.

18. Hoe gaan wij om met jouw persoonlijke gegevens?

De persoonsgegevens en de uitvoeringsgegevens die wij van jou (verzekerde/verzekeringnemer) krijgen, nemen wij op in onze persoonsregistratie.

Wij gebruiken deze gegevens voor de volgende doelen:

- ✓ het aangaan en uitvoeren van de verzekering;
- ✓ wetenschappelijke en statistische analyse;
- ✓ het vergroten van ons klantenbestand en voor informatieverstrekking over onze producten;
- ✓ het voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- ✓ het bewaken van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, waaronder het voorkomen en bestrijden van fraude;
- ✓ onderzoek naar de door jou ervaren kwaliteit van de zorg.

Op de verwerking van persoonsgegevens is het Privacyreglement Energiek van toepassing. Dit reglement kun je (verzekerde/verzekeringnemer) bekijken en downloaden via www.energiek.nl/privacy. Op verzoek zenden wij het toe.

In verband met een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid kunnen wij jouw gegevens raadplegen bij Stichting CIS, Bordewijklaan 2, 2591 XR Den Haag, p/a Postbus 124, 3700 AC Zeist. Doelstelling van de verwerking van persoonsgegevens bij Stichting CIS is om voor verzekeraars risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Meer informatie hierover en het privacyreglement van Stichting CIS zijn te vinden via www.stichtingcis.nl.

Als daarover afspraken zijn gemaakt met jouw zorgaanbieder, kan deze de bij ons geregistreerde adresgegevens en polisgegevens van jou inzien via het landelijke internetportaal VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg). Dit is voor de zorgaanbieder noodzakelijk om de kosten van de aan jou verleende zorg rechtstreeks bij ons te declareren.

Het kan gebeuren dat jouw persoonsgegevens extra bescherming nodig hebben, bijvoorbeeld omdat je in een opvangtehuis verblijft. Als je vindt dat die extra bescherming voor jou nodig is, kun je ons dat melden. Als wij jouw melding terecht vinden, zorgen wij voor extra maatregelen ter bescherming van jouw persoonsgegevens.

19. Hoe gaan wij om met fraude?

Bij geconstateerd gedrag dat een bedreiging vormde, vormt of kan vormen voor de (financiële) belangen van ons, onze medewerkers, onze klanten of voor de continuïteit of integriteit van de financiële sector kunnen wij jouw persoonsgegevens vastleggen in het Extern Verwijzingsregister (EVR). Dit gebeurt volgens de regels van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen. Dit protocol kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/fraude. Op verzoek zenden wij het toe. Het EVR wordt door financiële instellingen gebruikt om de integriteit van klanten en relaties te beoordelen en kan door ons getoetst worden via de centrale databank van Stichting CIS.

In geval van fraude:

- ✓ kunnen wij jouw (verzekerde/verzekeringnemer) gegevens laten opnemen in het Fraude Informatie Systeem Holland (FISH) of andere tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen van fraude. Dit gebeurt volgens de regels van het FISH Protocol. Dit protocol kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/fraude. Op verzoek zenden wij het toe;
- ✓ kunnen wij overgaan tot het doen van aangifte bij de politie;
- ✓ kunnen wij de onderzoekskosten die wij hebben gemaakt voor het opsporen en aantonen van de fraude, op jou (verzekerde/verzekeringnemer) verhalen;
- ✓ kunnen wij de verzekering beëindigen;
- ✓ heb je geen recht op vergoeding van kosten van de zorg en kunnen wij uitgekeerde vergoedingen, waaronder ook de kosten die daarvoor gemaakt zijn, terugvorderen.

20. Hoe word je lid van de coöperatie?

Als je (verzekerde/verzekeringnemer) meerderjarig bent, word je (verzekerde/verzekeringnemer) bij het sluiten van de basisverzekering automatisch lid van Coöperatie Eno U.A. Dat geldt niet als je (verzekerde/verzekeringnemer) ons hebt gemeld hiervan af te zien. De ledenraad van Coöperatie Eno U.A. beslist over een aantal belangrijke zaken. De ledenraad wordt gekozen uit de leden.

Het lidmaatschap eindigt door overlijden, door opzegging of door ontzetting uit het lidmaatschap.

Het lidmaatschap wordt geacht te zijn opgezegd op het moment dat de laatste verzekering bij ons is geëindigd.

21. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?

Je hebt geen recht op vergoeding van kosten van zorg in geval van fraude, misbruik of oneigenlijk gebruik van jouw verzekering. Dat geldt bijvoorbeeld als je ons probeert te misleiden door valse opgaven te doen of door feiten en omstandigheden te verzwijgen die voor de beoordeling van de kosten of het recht op vergoeding van belang zijn.

Je hebt geen recht op vergoeding van kosten van zorg als de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of voortgevloeid uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht. Voor de definities daarvan geldt de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Rechtbank te Den Haag is gedeponneerd.

Als de minister van Financiën gebruik maakt van de bevoegdheid, neergelegd in artikel 18b lid 1 van de Noodwet financieel verkeer, en de behoefte aan zorg is ontstaan naar aanleiding van een of meer in die bepaling bedoelde terroristische handelingen, heb je slechts recht op een of meer prestaties voor zover de kosten daarvan niet hoger zijn dan door de minister van Financiën is bepaald. In geval van schade veroorzaakt door terrorisme is de dekking verder beperkt tot het bedrag van uitkering dat wij binnen de aanspraak op schadevergoeding ontvangen van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade. Een omschrijving van de definities en het clausuleblad terrorismedekking is te raadplegen via www.energiek.nl/terrorismedekking. Op verzoek zenden wij dit toe. Als wij op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering een extra bijdrage krijgen, heb je ook recht op de aanvullende vergoeding volgens deze regelingen.

22. Wanneer mogen wij de verzekeringsvoorwaarden wijzigen?

Wij kunnen de verzekeringsvoorwaarden met ingang van een door ons te bepalen datum wijzigen. Een wijziging van de premiegrondslag van de basisverzekering treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop wij deze aan jou (verzekeringnemer) hebben medegedeeld.

Het kan gebeuren dat een ministeriële regeling waarnaar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen, in de loop van het jaar wijzigt. In dat geval wijzigt de basisverzekering met ingang van de datum waarop de wijziging van de ministeriële regeling in werking treedt.

23. Hoe werkt het aanvragen en verlenen van toestemming?

Soms heb je voor de zorg of voor de vergoeding daarvan toestemming van ons nodig. Als je voor vergoeding van de zorg toestemming van ons moet hebben, gaat het om schriftelijke toestemming van ons voordat je de zorg krijgt. Als wij de eis van voorafgaande, schriftelijke toestemming stellen, proberen wij problemen achteraf te voorkomen. Je weet dan van te voren of en hoeveel vergoeding je krijgt voor de zorg. Als wij toestemming geven, geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

Een aanvraag om toestemming kun je sturen naar: Energiek, Medisch adviseur, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig).

Als jouw zorgaanbieder de aanvraag namens jou indient, willen wij graag weten dat jij daarmee akkoord bent. Dat kan door je handtekening op de aanvraag te zetten.

24. Hoe kun je een klacht indienen?

Als je (verzekerde/verzekeringnemer) het niet eens bent met een beslissing die wij hebben genomen in het kader van de verzekering, kun je (verzekerde/verzekeringnemer) ons verzoeken deze beslissing opnieuw te bekijken. Je (verzekerde/verzekeringnemer) moet je verzoek indienen binnen zes weken na ontvangst van onze beslissing. Je (verzekerde/verzekeringnemer) dient je verzoek bij voorkeur op een van de volgende manieren in:

- ✓ een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan Energiek, Klachtencommissie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- ✓ digitaal indienen kan via het klachtenformulier op www.energiek.nl/klachten.

Reageren wij niet binnen zes weken op jouw verzoek of ben je (verzekerde/verzekeringnemer) niet tevreden over onze reactie? Dan kun je (verzekerde/verzekeringnemer) het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. Dit geldt niet als je (verzekerde/verzekeringnemer) het geschil al hebt voorgelegd aan de burgerlijke rechter. Het SKGZ handelt volgens een eigen reglement. De Ombudsman van de SKGZ bemiddelt in het geschil. Als bemiddeling niet mogelijk is of geen bevredigend resultaat geeft, kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindend advies uitbrengen. Meer informatie staat op www.skgz.nl.

Je (verzekerde/verzekeringnemer) hebt altijd het recht om een geschil met ons aan de burgerlijke rechter voor te leggen.

Als je (verzekerde/verzekeringnemer) een formulier dat wij gebruiken te ingewikkeld of overbodig vindt, kun je ons vragen het gebruik van dat formulier opnieuw te bekijken. Je (verzekerde/verzekeringnemer) dient je verzoek bij voorkeur op een van de volgende manieren in:

- ✓ Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan Energiek, Klachtencommissie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- ✓ Digitaal indienen kan via het klachtenformulier op www.energiek.nl/klachten.

Je (verzekerde/verzekeringnemer) kunt ook een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over het door ons gebruikte formulier. De Nederlandse Zorgautoriteit geeft een bindend advies. Meer informatie staat op www.nza.nl.



Basisverzekering

Specifieke bepalingen voor de basisverzekering

De afspraken uit het hoofdstuk Algemene bepalingen zijn van toepassing op de basisverzekering, de aanvullende verzekeringen en de tandartsverzekeringen. Voor de basisverzekering gelden daarnaast nog specifieke bepalingen. Je leest in dit hoofdstuk welke dat zijn.

Basisverzekering sluiten en stopzetten

1. Wanneer kunnen wij je weigeren?

Wij zijn niet verplicht de basisverzekering te sluiten als:

- ✓ je al een zorgverzekering hebt;
- ✓ wij jouw eerdere basisverzekering in de vijf jaar voorafgaande aan het verzoek tot het sluiten van de nieuwe basisverzekering hebben opgezegd of ontbonden vanwege het niet betalen van de premie of vanwege opzettelijke misleiding door jou (verzekerde/verzekeringnemer);
- ✓ het adres van de te verzekeren persoon dat is opgegeven bij de aanvraag voor de basisverzekering niet in de GBA voorkomt of afwijkt van het adres van die persoon in de GBA. Dit geldt niet als de te verzekeren persoon niets aan de afwijking kan doen. Het geldt ook niet als jij (verzekeringnemer) bij de aanvraag voor de basisverzekering het volgende aan ons overlegt:
 - een verklaring van de SVB waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is op grond van de AWBZ;
 - een werkgeversverklaring en een loonstrook, beide niet ouder dan een maand, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon aan de loonbelasting is onderworpen vanwege in Nederland in dienstbetrekking verrichte werkzaamheden.

(deze bepaling is van toepassing met ingang van de dag dat de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen van kracht is)

2. Wat is de grondslag van de basisverzekering?

De basisverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering en de toelichtingen die daarbij horen. Verder is de basisverzekering gebaseerd op het door jou (verzekeringnemer) ingevulde aanmeldformulier.

De basisverzekering moet worden uitgelegd en toegepast in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering.

Is een bepaling in de verzekeringsvoorwaarden van de basisverzekering geheel of gedeeltelijk niet in overeenstemming met een bepaling in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering? Dan is die bepaling of dat gedeelte van die bepaling in de verzekeringsvoorwaarden niet van toepassing. In plaats daarvan geldt de bepaling in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering.

Alle ministeriële regelingen, reglementen of andere bijlagen, waarnaar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen, maken onderdeel uit van de basisverzekering.

Premie

3. Wanneer hoef je geen premie te betalen?

Je (verzekeringnemer) moet ons premie voor de basisverzekering betalen, behalve in de volgende gevallen:

- ✓ je (verzekeringnemer) hoeft geen premie te betalen voor een verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar is geworden;
- ✓ je (verzekeringnemer) hoeft geen premie aan ons te betalen in de periode dat je aan het CVZ een bestuursrechtelijke premie moet betalen. In dat geval is sprake van een premieachterstand van meer dan zes maanden. De bestuursrechtelijke premie bedraagt 130% van de standaardpremie als bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag.

4. Wat gebeurt er bij een betalingsachterstand?

4.1 Uiterlijk 10 werkdagen nadat wij hebben geconstateerd dat er een achterstand van twee maanden is in de betaling van de basisverzekering doen wij jou (verzekeringnemer) een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling. De betalingsregeling houdt ten minste in:

- ✓ je (verzekeringnemer) machtigt ons toekomstige premies maandelijks automatisch te incasseren of iemand van wie jij (verzekeringnemer) periodieke betalingen ontvangt krijgt de opdracht om namens jou het bedrag van de toekomstige premies aan ons te betalen en in te houden op de betaling aan jou;
 - ✓ afspraken over het afbetalen van jouw schulden, inclusief rente en incassokosten, in verband met de basisverzekering en de termijnen voor afbetaling;
 - ✓ onze toezegging dat wij de basisverzekering niet tijdens de looptijd van de betalingsregeling zullen beëindigen of opschorten vanwege het bestaan van de schulden, inclusief rente en incassokosten, in verband met de basisverzekering. Die toezegging vervalt als jij (verzekeringnemer) de machtiging of opdracht intrekt of de afspraken niet nakomt.
- 4.2 Als je (verzekeringnemer) de basisverzekering voor iemand anders hebt gesloten, omvat ons aanbod ook onze bereidheid om de opzegging van de basisverzekering van die ander te accepteren met ingang van de datum waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:
- ✓ de verzekerde zichzelf uiterlijk op de dag waarop de betalingsregeling ingaat heeft verzekerd op grond van een andere zorgverzekering; en,
 - ✓ als de verzekerde de zorgverzekering bij ons heeft gesloten (basisverzekering), deze ons een machtiging heeft gegeven tot maandelijks automatische incasso van toekomstige premies of een opdracht heeft gegeven aan iemand van wie de verzekerde periodieke betalingen ontvangt (bijvoorbeeld de werkgever), om namens de verzekerde het bedrag van de toekomstige premies aan ons te betalen en in te houden op de betaling aan de verzekerde. In dat geval sturen wij een kopie van ons aanbod aan de verzekerde.
- 4.3 Tegelijk met het aanbod als bedoeld in 4.1 sturen wij jou (verzekeringnemer) een brief, waarin staat dat je (verzekeringnemer) vier weken de tijd hebt om het aanbod te aanvaarden. Daarbij geven wij aan wat de gevolgen zijn als het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot zes of meer maandpremies. Ook wijzen wij jou (verzekeringnemer) op de mogelijkheid van schuldhulpverlening.
- 4.4 Zodra de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot vier of meer maandpremies, informeren wij jou (verzekerde/verzekeringnemer) zo spoedig mogelijk over ons voornemen een melding te doen als bedoeld in 4.7 als de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot zes of meer maandpremies. Wij doen de melding niet, als je (verzekerde/verzekeringnemer) uiterlijk binnen vier weken na ontvangst van de mededeling de premieachterstand bij ons hebt betwist.
- 4.5 Als je (verzekerde/verzekeringnemer) de premieachterstand tijdig hebt betwist, maar wij bij ons standpunt blijven, melden wij jou (verzekerde/verzekeringnemer) dat wij de melding als bedoeld in 4.7 zullen doen als de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot zes of meer maandpremies. Deze melding doen wij niet, als jij (verzekerde/verzekeringnemer) uiterlijk binnen vier weken na ontvangst van onze mededeling een geschil over de premieachterstand hebt voorgelegd aan de SKGZ, Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl, of aan de burgerlijke rechter.
- 4.6 Als de betalingsregeling ingaat als de premieachterstand, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot vier maandpremies, doen wij de mededeling als bedoeld in 4.7 niet, zolang de toekomstige premies worden voldaan.
- 4.7 Zodra de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot zes of meer maandpremies, melden wij dit aan het CVZ en jou (verzekerde/verzekeringnemer). Daarbij vermelden wij de persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor uitvoering van artikel 34a Zorgverzekeringswet door het CVZ. Ook vermelden wij dat wij ons aan de procedure als bedoeld in 4.4 tot en met 4.7 hebben gehouden. De melding als bedoeld in de eerste zin van 4.7 doen wij niet:
- ✓ als de premieachterstand tijdig is betwist als bedoeld in 4.4, maar wij nog geen reactie hebben gegeven;
 - ✓ gedurende de termijn van vier weken als bedoeld in 4.5;
 - ✓ als een geschil over de premieachterstand tijdig is voorgelegd aan de SKGZ of de burgerlijke rechter als bedoeld in 4.5 en hierover nog niet onherroepelijk is beslist;
 - ✓ als jij (verzekeringnemer) je hebt aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet, zoals gemeenten en gemeentelijke kredietinstellingen, en aantoonde dat in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van jouw schulden is gesloten;
 - ✓ als je adres niet in de GBA is opgenomen of je adres in onze administratie niet overeenkomt met je adres in de GBA. Dit geldt niet als de afwijking het gevolg is van de bijzondere situaties die zijn beschreven in artikel 1, derde opsommingstekens, van de Specifieke bepalingen voor de Basisverzekering. (deze bepaling is van toepassing met ingang van de dag dat de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen van kracht is)
- 4.8 Wij brengen het CVZ en jou (verzekerde/verzekeringnemer) direct op de hoogte van de datum waarop:
- ✓ de uit de basisverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost of tenietgegaan;
 - ✓ de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet van toepassing wordt;
 - ✓ de schriftelijke overeenkomst als bedoeld in 4.7, punt vier, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waar ten minste jij (verzekeringnemer) en wij aan deelnemen.

Eigen risico

5. Wanneer geldt het verplicht eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, heb je een verplicht eigen risico.

De hoogte van het verplicht eigen risico is opgenomen in de premiebijlage bij deze verzekeringsvoorwaarden.

Niet onder het verplicht eigen risico vallen:

- ✓ de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- ✓ de kosten van huisartsenzorg. Wel onder het verplicht eigen risico vallen kosten van onderzoeken die de door ons aangewezen zorgaanbieders voor huisartsenzorg door anderen laten doen en apart in rekening worden gebracht, zoals laboratoriumtests;
- ✓ de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een huisartsencentrum;
- ✓ de kosten van ketenzorg;
- ✓ als je de donor bent, de kosten van nacontroles van jou nadat de periode is verstreken, waarin kosten van de zorg aan jou

in verband met de opname voor de selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal als genoemd in het artikel over transplantatiezorg, sub e, ten laste komen van de zorgverzekering van de ontvanger van het transplantatiemateriaal;

- ✓ de kosten van door ons aangewezen geneesmiddelen of hulpmiddelen en de kosten van zorg aan jou door een zorgaanbieder die wij daarvoor hebben aangewezen. De aangewezen geneesmiddelen, hulpmiddelen en zorgaanbieders zijn opgenomen in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het verplicht eigen risico'. Het actuele overzicht kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/eigenrisico. Op verzoek zenden wij het toe.
- ✓ de kosten van zorg aan jou als je een door ons aangewezen programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken hebt gevolgd. De kosten moeten dan betrekking hebben op de aandoening waarvoor je dat programma hebt gevolgd. De aangewezen programma's zijn opgenomen in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het verplicht eigen risico'. Het actuele overzicht kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/eigenrisico. Op verzoek zenden wij het toe.

Het verplicht eigen risico wordt jaarlijks geïndexeerd op de wijze die de Zorgverzekeringswet voorschrijft. Uitgangspunt daarbij is de indexerings van het minimumloon als bedoeld in artikel 8 lid 1 onderdeel a van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag. Het berekende bedrag wordt naar beneden afgerond op een veelvoud van € 5,-.

6. Wanneer geldt het vrijwillig eigen risico?

Je (verzekeringnemer) kunt voor verzekerden van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger het vrijwillig eigen risico, des te lager de premie. De te kiezen vrijwillig eigen risico's en de daarbij horende premies zijn opgenomen in de Premiebijlage bij deze verzekeringsvoorwaarden. Het gekozen vrijwillig eigen risico vermelden wij op de polis.

Niet onder het vrijwillig eigen risico vallen:

- ✓ de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- ✓ de kosten van huisartsenzorg. Wel onder het vrijwillig eigen risico vallen kosten van onderzoeken die de door ons aangewezen zorgaanbieders voor huisartsenzorg door anderen laten doen en apart in rekening worden gebracht, zoals laboratoriumtests;
- ✓ de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een huisartsencentrum;
- ✓ de kosten van ketenzorg;
- ✓ als je de donor bent, de kosten van nacontroles van jou nadat de periode is verstreken, waarin kosten van de zorg aan jou in verband met de opname voor de selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal als genoemd in het artikel over transplantatiezorg, sub e, ten laste komen van de zorgverzekering van de ontvanger van het transplantatiemateriaal.

Wij kunnen een of meer van de door ons aangeboden vrijwillig te kiezen eigen risico's laten vervallen. Als je (verzekeringnemer) een basisverzekering met zo'n vrijwillig eigen risico hebt gesloten, krijg je (verzekeringnemer) de mogelijkheid om te kiezen voor een basisverzekering met een lager vrijwillig eigen risico of zonder vrijwillig eigen risico.

7. Welke regels zijn van toepassing op het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Per kalenderjaar blijven de kosten van de zorg voor jouw rekening tot de hoogte van het verplicht en eventuele vrijwillig eigen risico in dat kalenderjaar is bereikt. Wettelijke eigen bijdragen en andere kosten van zorg die voor jouw rekening blijven, tellen niet mee voor de vaststelling of de grens van het eigen risico is bereikt, tenzij de minister anders heeft bepaald.

Als wij aan een zorgaanbieder rechtstreeks de kosten van de zorg hebben voldaan, zonder op die betaling het verplicht eigen risico of het eventuele vrijwillig eigen risico in mindering te brengen, moet je (verzekerde/verzekeringnemer) dit eigen risico aan ons betalen.

Zorgkosten komen eerst ten laste van het verplicht eigen risico. Daarna komen de zorgkosten ten laste van het eventuele vrijwillig eigen risico.

Als jouw basisverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, worden het verplicht eigen risico en eventuele vrijwillig eigen risico in dat kalenderjaar naar rato van het aantal verzekerde dagen lager vastgesteld. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Het kan zijn dat je (verzekeringnemer) een basisverzekering met een vrijwillig eigen risico hebt gesloten en het bedrag van het vrijwillig eigen risico wijzigt in de loop van het kalenderjaar. Dan is de vaststelling van het uiteindelijke vrijwillig eigen risico in dat kalenderjaar als volgt: de hoogte van elk van de vrijwillig eigen risico's wordt vastgesteld naar rato van het aantal verzekerde dagen in dat jaar waarvoor dat vrijwillig eigen risico geldt. Deze vastgestelde eigen risico's worden bij elkaar opgeteld en gedeeld door het totaal aantal verzekerde dagen in dat kalenderjaar. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Verzekeringsdekking algemeen

8. Welke prestaties zijn verzekerd?

Je hebt recht op:

- ✓ vergoeding van kosten van de zorg (restitutie). Dit geldt voor alle in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde zorgvormen met uitzondering van de hulpmiddelenzorg.
- ✓ hulpmiddelenzorg (zorg in natura). Ten aanzien van de hulpmiddelenzorg dient waar in de algemene artikelen (de artikelen die niet vallen onder het hoofdstuk Verzekeringsaanpakken per zorgvorm) in deze verzekeringsvoorwaarden 'recht op vergoeding van kosten van de zorg' staat, te worden gelezen 'recht op zorg'.
- ✓ informatieverstrekking en bemiddeling door ons voor het verkrijgen van de zorg, als jij ons daarom verzoekt. Dat kun je doen via www.energiek.nl/zorgadvies. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Als je recht hebt op zorg, maar de zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder is niet, niet tijdig of alleen op grote afstand van jouw woonplaats of jouw tijdelijke verblijfplaats in het buitenland beschikbaar, dan heb je alsnog recht op vergoeding van kosten van die zorg. De hoogte van de vergoeding bedraagt dan maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt. Voor zorg in een ander EU-land of een EER-land of Verdragsland heb je ook de keus voor zorg of vergoeding van kosten van de zorg volgens de wettelijke regels van de sociale ziektekostenverzekering van dat land.

De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. En als die maatstaf ontbreekt, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van de zorg als je op die zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. De te verlenen zorg of dienst moet doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn.

Dekking en vergoeding in Nederland

9. Wat is de dekking in Nederland?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van de zorg in Nederland als:

- ✓ aan alle voor die zorg geldende voorwaarden is voldaan, voordat je die zorg krijgt. Voor veel zorgvormen gelden voorwaarden voor het recht op vergoeding van kosten van de zorg. Bijvoorbeeld het beschikken over een verwijzing of een voorschrift of schriftelijke toestemming van ons voordat je de zorg krijgt. In de verzekeringsvoorwaarden zijn de voorwaarden per zorgvorm vermeld; en
- ✓ de zorgaanbieder die de zorg aan jou verleent, door ons is aangewezen. In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld welke zorgaanbieders dat zijn. Vaak gaat het om een groep zorgaanbieders met een bepaalde vergunning, registratie of opleiding. Soms gaat het om een specifieke zorgaanbieder. Je hebt alsnog recht op vergoeding van kosten van zorg door een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen, als wij voordat je de zorg krijgt, daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven; en
- ✓ je de zorg krijgt op een plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

10. Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in Nederland vastgesteld?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van de zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland tot maximaal het tarief dat wij met die zorgaanbieder hebben afgesproken. Het kan gebeuren dat de overeenkomst tussen ons en de zorgaanbieder eindigt op het moment dat jij van deze zorgaanbieder zorg krijgt. In dat geval heb je recht op vergoeding van de kosten van de resterende zorg door deze zorgaanbieder tot maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Je hebt recht op vergoeding van kosten van de zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland:

- a. als wij voor die zorg een maximumtarief hanteren, tot maximaal het tarief dat wij hebben vastgesteld. In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of wij een maximumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg hanteren. De tarievenlijsten kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe;
- b. als wij voor die zorg geen maximumtarief hanteren, tot maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt. Onder het marktconform Nederlands tarief vallen in elk geval de kosten van zorg die overeenkomen met het op dat moment voor die zorg geldende maximumtarief dat is vastgesteld op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg.

De vergoeding onder a. geldt niet als de zorg niet, niet tijdig of alleen op grote afstand van jouw woonplaats door een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden verleend. In dat geval heb je recht op de vergoeding onder b.

Dekking en vergoeding in het buitenland

11. Wat is de dekking in het buitenland?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van de zorg in het buitenland als:

- ✓ aan alle voor die zorg geldende voorwaarden is voldaan, voordat je die zorg krijgt. Voor het recht op vergoeding van kosten van de zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor het recht op vergoeding van kosten van die zorg in Nederland. Bijvoorbeeld het beschikken over een verwijzing of een voorschrift of voorafgaande, schriftelijke toestemming van ons. In de verzekeringsvoorwaarden zijn de voorwaarden per zorgvorm vermeld; en
- ✓ je van ons schriftelijke toestemming hebt, voordat je de zorg krijgt in geval van zorg met een opname van minimaal één nacht. Dit geldt niet als sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Onder medisch noodzakelijke zorg verstaan wij hier onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland; en
- ✓ de zorgaanbieder die de zorg verleent, volgens het recht van het land waar de zorgaanbieder is gevestigd beschikt over kwalificaties die gelijkwaardig zijn aan kwalificaties die gelden voor de door ons aangewezen zorgaanbieders in Nederland. Zorgaanbieders in het buitenland hebben vaak een andere opleiding dan zorgaanbieders in Nederland. Kwalificaties die voldoen aan Richtlijn 2001/19/EG, Pb EG L206, voor artsen, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen en apothekers opgeleid binnen een van de EU-landen worden geacht hieraan te voldoen.

Als je zorg nodig hebt in het buitenland, dan kun je contact opnemen met onze alarmcentrale. Neem in elk geval contact op als sprake is van spoedeisende zorg. Onze alarmcentrale helpt je bij het zoeken van zorg. Ook kun je informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. De contactgegevens van de alarmcentrale vind je op onze servicepagina's, onder het kopje 'Hoe neem je contact met ons op'.

12. Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in het buitenland vastgesteld?

Als je woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-, EER-land of Verdragsland dan Nederland, heb je voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in dat land of een ander EU-, EER-land of Verdragsland naar keuze:

- a. recht op vergoeding van kosten van de zorg die je van ons zou krijgen als deze zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland was verleend, te weten:
 - i) als wij voor die zorg een maximumtarief hanteren, tot maximaal het tarief dat wij hebben vastgesteld. In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of wij een maximumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg hanteren. De tarievenlijsten kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe;

- ii) als wij voor die zorg geen maximumtarief hanteren, tot maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt. Onder het marktconform Nederlands tarief vallen in elk geval de kosten van zorg die overeenkomen met het op dat moment voor die zorg geldende maximumtarief dat is vastgesteld op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg;
 - b. recht op zorg of vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regels van de sociale ziektekostenverzekering van dat land.
- De vergoeding onder i) geldt niet als de zorg niet, niet tijdig of alleen op grote afstand van jouw woonplaats of jouw tijdelijke verblijfplaats in het buitenland door een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden verleend. In dat geval heb je recht op de vergoeding onder ii) of onder b.

Als je woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-, EER-land of Verdragsland dan Nederland, heb je voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder in dat land of een ander EU-, EER-land of Verdragsland naar keuze:

- ✓ recht op vergoeding van kosten van zorg door de gecontracteerde zorgaanbieder tot maximaal het tarief dat wij met die zorgaanbieder zijn overeengekomen. Het kan gebeuren dat de overeenkomst tussen ons en de zorgaanbieder eindigt op het moment dat jij van deze zorgaanbieder zorg krijgt. In dat geval heb je recht op vergoeding van de kosten van de resterende zorg door deze zorgaanbieder tot maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt. Onder het marktconform Nederlands tarief vallen in elk geval de kosten van zorg die overeenkomen met het op dat moment voor die zorg geldende maximumtarief dat is vastgesteld op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg;
- ✓ recht op zorg of vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regels van de sociale ziektekostenverzekering van dat land.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via +31 (0)570 687 088.

Als je woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-, EER-land of Verdragsland is, heb je voor zorg in dat land recht op de vergoeding van kosten:

- a. als wij voor die zorg een maximumtarief hanteren, tot maximaal het tarief dat wij hebben vastgesteld. In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of wij een maximumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg hanteren. De tarievenlijsten kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe;
- b. als wij voor die zorg geen maximumtarief hanteren, tot maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt. Onder het marktconform Nederlands tarief vallen in elk geval de kosten van zorg die overeenkomen met het op dat moment voor die zorg geldende maximumtarief dat is vastgesteld op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg.

De vergoeding onder a) geldt niet als de zorg niet, niet tijdig of alleen op grote afstand van jouw woonplaats of jouw tijdelijke verblijfplaats in het buitenland door een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden verleend. In dat geval heb je recht op de vergoeding onder b.

Wij vergoeden de kosten van de zorg in euro's. Voor het omrekenen van buitenlandse valuta gebruiken wij zo veel mogelijk de omrekenkoers op de datum waarop de zorg is verleend.

Voor het indienen van nota's voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor het indienen van nota's voor zorg in Nederland. Zo moet de nota in het Nederlands, Duits, Engels, Frans, Spaans of Turks zijn opgesteld en een beschrijving van de verleende zorg bevatten. Als de nota in een andere taal is opgesteld, moet je ook een vertaling van de nota door een beëdigd vertaler bijvoegen.

Dekking per zorgvorm

Huisartsenzorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op de vergoeding van kosten van huisartsenzorg. Huisartsenzorg omvat zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Onder deze zorg valt niet een preventieve griepvaccinatie.

Waar moet je op letten?

Huisartsen mogen de zorg verlenen. De huisarts kan zelfstandig gevestigd zijn of werken in een huisartsendienstenstructuur of een huisartsencentrum.

Een andere persoon mag de zorg verlenen onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts, bijvoorbeeld een praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH).

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor huisartsenzorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van huisartsenzorg tellen niet mee voor het verplicht en eventueel vrijwillig risico. Onder het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico vallen wel kosten van onderzoeken die de door ons aangewezen zorgaanbieders voor huisartsenzorg door anderen laten doen en apart in rekening worden gebracht, zoals laboratoriumtests.

Preventieve voetzorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op de vergoeding van kosten van preventieve voetzorg zoals huisartsen en medisch specialisten die plegen te bieden, als je Diabetes Mellitus type I of II hebt. Bij de screening van voeten van mensen met diabetes wordt gebruik gemaakt van de Simm's-classificatie om de risico's op de aantasting van de voet weer te geven. De preventieve voetzorg omvat:

- ✓ jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit anamnese, onderzoek en risico-inventarisatie;
- ✓ frequent gericht voetonderzoek, de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standsafwijkingen en de behandeling van risicofactoren. Je moet dan wel een matig verhoogd (Simm's-Classificatie 1) of verhoogd risico (Simm's-Classificatie 2 en 3) hebben op ontstekingen, vaatproblemen en verlies van gevoel in je voeten;
- ✓ voorlichting en het stimuleren van aanpassing van je leefstijl als onderdeel van de behandeling;
- ✓ advisering over geschikt schoeisel.

Onder de preventieve voetzorg vallen niet verzorgende handelingen, zoals de verwijdering van eelt om cosmetische of verzorgende redenen en het knippen van de teennagels.

Preventieve voetzorg kan deel uitmaken van ketenzorg. De voorwaarden voor het recht op vergoeding van ketenzorg zijn opgenomen in het artikel over ketenzorg. Preventieve voetzorg kan ook deel uitmaken van medisch specialistische zorg. De voorwaarden voor het recht op vergoeding van medisch specialistische zorg zijn opgenomen in het artikel over medisch specialistische zorg.

Waar moet je op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- ✓ een huisarts, die zelfstandig gevestigd is of werkt in een huisartsendienstenstructuur of een huisartsencentrum;
- ✓ een pedicure;
- ✓ een podotherapeut.

Een andere persoon mag de zorg verlenen onder eindverantwoordelijkheid van een huisarts die werkt in de huisartspraktijk, de huisartsendienstenstructuur of het huisartsencentrum, bijvoorbeeld een praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH).

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist voor preventieve voetzorg door een pedicure of een podotherapeut. De verwijzing moet de vermelding van het type diabetes en de Simm's-classificatie bevatten.

Als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder de zorg verleent, moet je een kopie van de verwijzing meesturen met het indienen van de eerste nota. Op de nota moet zijn vermeld welke zorg is verleend.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor preventieve voetzorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico? Preventieve voetzorg in dit artikel wordt geacht onderdeel uit te maken van de huisartsenzorg. De kosten van huisartsenzorg tellen niet mee voor het verplicht en eventueel vrijwillig risico. Onder het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico vallen wel kosten van onderzoeken die de door ons aangewezen zorgaanbieders voor huisartsenzorg door anderen laten doen en apart in rekening worden gebracht, zoals laboratoriumtests.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor preventieve voetzorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

Medisch specialistische zorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg. Medisch specialistische zorg omvat zorg die medisch specialisten plegen te bieden.

Onder de zorg valt ook:

- ✓ hulpmiddelenzorg die je krijgt in het kader van een opname of een medisch specialistische behandeling als die deel uit (behoren te) maken van die opname of behandeling;
- ✓ geneesmiddelenzorg die je krijgt in het kader van een opname of een medisch specialistische behandeling als die deel uit (behoren te) maken van die opname of behandeling;
- ✓ behandeling van chronische specifieke lage rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken, als je deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd. ZonMw is een organisatie die gezondheidsonderzoek financiert en het gebruik van de ontwikkelde kennis stimuleert om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren;
- ✓ als deze zorg al is gestart voor 1 januari 2014, behandeling van chronische specifieke lage rugklachten met radiofrequente denervatie. Hiervoor geldt als voorwaarde dat jouw indicatie en de behandeling in overeenstemming zijn met de voorwaarden die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- ✓ behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie als de indicatie en de behandeling van jou overeenkomstig de voorwaarden zijn die opgenomen zijn in het onderzoeksvoorstel, als je deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- ✓ als deze zorg al is gestart voor 1 januari 2014, behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie als de indicatie en de behandeling van jou overeenkomstig de voorwaarden zijn die opgenomen zijn in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- ✓ behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysen als je deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)";
- ✓ als deze zorg al is gestart voor 1 januari 2014, behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysen als de indicatie en behandeling van jou overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)";
- ✓ behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose als je deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- ✓ het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn als je deelneemt aan het onderzoek dat door ZonMw wordt gefinancierd.

Plastische chirurgie (zorg van plastisch chirurgische aard) valt alleen onder de medisch specialistische zorg als deze is bedoeld ter correctie van:

- ✓ afwijkingen in je uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- ✓ verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- ✓ verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- ✓ de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltspalten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfvezels van

bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

- ✓ primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Onder de medisch specialistische zorg valt niet:

- ✓ de vierde of volgende ivf-poging per te realiseren doorgaande zwangerschap. Een ivf-poging telt pas als poging als een follikelpunctie is geslaagd. Alleen pogingen die daarna zijn afgebroken, tellen mee voor het aantal pogingen. In dit verband is een doorgaande zwangerschap:
 - een zwangerschap van tenminste tien weken, gerekend vanaf het moment dat een follikelpunctie is geslaagd;
 - als sprake is van het terugplaatsen van ingevroren bewaarde embryo('s), een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen, gerekend vanaf het moment van implantatie van de ingevroren bewaarde embryo('s);
 - een spontaan ontstane zwangerschap van 12 weken na de datum van de laatste menstruatie.

Een ivf-poging na een doorgaande zwangerschap telt als nieuwe, eerste poging, ook als die zwangerschap voortijdig is afgebroken;

- ✓ de eerste en tweede ivf-poging, als je jonger bent dan 38 jaar en er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
- ✓ vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, als je een vrouw van 43 jaar of ouder bent. Als het om een ivf-poging gaat die is gestart voordat je 43 jaar werd, heb je recht op vergoeding van de afronding van die poging. Als de ivf-poging uiterlijk op 31 december 2012 is gestart en je op dat moment 43 jaar of ouder was, heb je ook recht op vergoeding van afronding van die ivf-poging;
- ✓ behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- ✓ liposuctie van de buik;
- ✓ het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- ✓ het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- ✓ behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- ✓ behandelingen gericht op de sterilisatie of het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- ✓ behandelingen gericht op de besnijdenis van mannelijke verzekerden (circumcisie);
- ✓ een buikwandcorrectie (abdominoplastiek), tenzij sprake is van een verminking of ernstige functiebeperking;
- ✓ behandeling van asymmetrische afplatting van het achterhoofd (plagiocefalie) en afplatting centraal op het achterhoofd (brachycefalie) van jonge kinderen met een redressiehelm zonder dat sprake is van vroegtijdig sluiten van de schedelnaden (craniosynostose).

Waar moet je op letten?

Een ziekenhuis, een medisch specialist die buiten een ziekenhuis werkt en een zelfstandig behandelcentrum mogen de zorg verlenen.

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, verloskundige, jeugdgezondheidszorgarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, sportarts of bedrijfsarts. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de 'Lijst met vooraf aan te vragen verrichtingen' moet je schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat je de zorg krijgt. De 'Lijst met vooraf aan te vragen verrichtingen' kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/toestemming. Op verzoek zenden wij deze toe.

Bij de aanvraag voor de zorg moet je een rapportage van de behandelend arts meesturen waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek, het voorgestelde behandelplan en, als dat kan, toepasselijke foto's zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor medisch specialistische zorg geldt geen wettelijke eigen bijdrage.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor medisch specialistische zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Second opinion

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van een second opinion. Een second opinion is diagnostiek door of een advies over te verlenen geneeskundige zorg van een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder van de eerdere diagnostiek of het eerdere advies. De andere zorgaanbieder moet werkzaam zijn op hetzelfde vakgebied als de oorspronkelijke zorgaanbieder. Je moet met de second opinion terugkeren naar de oorspronkelijke zorgaanbieder, die de regie houdt over de behandeling.

Waar moet je op letten?

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist.

Transplantatiezorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van transplantatiezorg. Transplantatiezorg omvat:

- transplantaties van weefsels en organen, als de transplantatie is verricht in een EU- of EER-land. Als de transplantatie is verricht in een ander land dan een EU- of EER-land moet de donor in dat land wonen en jouw echtgenoot, jouw geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van jou zijn;
- 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, de preservatie, de verwijdering en het vervoer

- van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- e. de zorg die de donor krijgt gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest. Dit geldt alleen als de zorg verband houdt met die opname. In geval van een levertransplantatie geldt een termijn van een half jaar in plaats van dertien weken;
 - f. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien en voor zover medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel e;
 - g. het vervoer van en naar Nederland, van een donor die in het buitenland woont, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland;
 - h. overige kosten voor de transplantatie als deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Hieronder vallen niet de verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten.

Waar moet je op letten?

Een ziekenhuis mag de zorg verlenen.

Je moet een verwijzing hebben van een medisch specialist. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor transplantatiezorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Als je de donor bent, komen kosten van de zorg aan jou ten laste van de zorgverzekering van de ontvanger van het transplantatiemateriaal als genoemd in deze bepaling onder 'Wat is de dekking', bij sub e. Is de daarin genoemde periode verstreken, dan komen de kosten van nacontroles van jou ten laste van jouw basisverzekering. Zij vallen dan niet onder het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Revalidatiezorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van revalidatiezorg. Revalidatiezorg omvat onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. De zorg moet je nodig hebben ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. Het moet gaan om een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of gedrag. Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verleent de zorg.

Waar moet je op letten?

Een ziekenhuis en een revalidatiecentrum mogen de zorg verlenen.

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, sportarts of specialist ouderengeneeskunde.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor revalidatiezorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor revalidatiezorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Geriatrische revalidatiezorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van geriatrische revalidatiezorg. Geriatrische revalidatiezorg omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg die specialisten ouderengeneeskunde plegen te bieden. Het betreft zorg in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. De zorg is gericht op het zodanig verminderen van de functionele beperkingen dat je kunt terugkeren naar de thuissituatie.

Je hebt alleen recht op vergoeding als:

- ✓ de zorg aansluit op jouw opname in het ziekenhuis in verband met medisch specialistische zorg en de opname niet is voorafgegaan door verblijf en behandeling in een verpleeghuis; en
- ✓ je bent opgenomen (er moet sprake zijn van verblijf) bij aanvang van de zorg.

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

Waar moet je op letten?

Een ziekenhuis, een revalidatiecentrum en een verpleeghuis mogen de zorg verlenen.

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

Voor vergoeding van geriatrische revalidatiezorg voor een langere periode dan zes maanden moet je schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat de periode van zes maanden is afgelopen. Bij de aanvraag voor de zorg moet je de volgende gegevens meesturen: de reden dat terugkeer naar huis na de periode van zes maanden revalidatie nog niet mogelijk is en het behandelplan voor de verdere behandeling, inclusief de prognose voor het herstel en de terugkeer naar de thuissituatie en de verwachte duur van de verdere behandeling.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor geriatrische revalidatiezorg. Als je in een instelling verblijft voor het krijgen van deze zorg, ben je wel een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor het verblijf. De voorwaarden en de hoogte staan beschreven in het artikel over Verblijf.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor geriatrische revalidatiezorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Dialyse zonder opname

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van dialysezorg. Dialysezorg omvat niet-klinische bloeddiaalyse (haemodialyse) en buikspoeling (peritoneaaldialyse). De dialysezorg mag plaatsvinden in een dialysecentrum of bij jou thuis.

Als de dialysezorg thuis plaatsvindt, heb je recht op vergoeding van kosten van:

- ✓ thuisdialyse-apparatuur met toebehoren;
- ✓ de regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur en de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor het verrichten van dialyse;
- ✓ de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse;
- ✓ de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- ✓ de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum.

Daarnaast heb je recht op vergoeding van:

- ✓ de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning die redelijk zijn en de kosten voor het herstel van de woning in de oorspronkelijke staat. Daarvoor geldt als voorwaarde dat er geen vergoeding mogelijk is op grond van andere wettelijke regelingen;
- ✓ overige redelijke kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen. Daarvoor geldt als voorwaarde dat er geen vergoeding mogelijk is op grond van andere wettelijke regelingen.

Waar moet je op letten?

De zorg moet worden verleend onder eindverantwoordelijkheid van een medisch specialist.

Je moet een verwijzing hebben van een medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor dialysezorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor dialysezorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde dialysecentra zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Mechanische beademing

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van mechanische beademing. De mechanische beademing mag plaatsvinden in een beademingscentrum of bij jou thuis op advies en onder de verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

Als de mechanische beademing plaatsvindt in een beademingscentrum, valt onder deze zorg:

- ✓ de noodzakelijke mechanische beademing;
- ✓ de medisch specialistische zorg, de geneesmiddelenzorg en de verpleging en verzorging die met de mechanische beademing verband houden.

Als de mechanische beademing plaatsvindt bij jou thuis, valt onder deze zorg:

- ✓ de medisch specialistische en geneesmiddelenzorg die met de mechanische beademing verband houden;
- ✓ de apparatuur voor de mechanische beademing. Deze wordt door het beademingscentrum voor elke behandeling aan jou beschikbaar gesteld.

Waar moet je op letten?

Een beademingscentrum mag de zorg verlenen.

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor mechanische beademing.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Onderzoek naar kanker bij kinderen

Wat is de dekking?

Verzekerden tot 18 jaar hebben recht op vergoeding van kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal.

Waar moet je op letten?

Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion) mag de zorg verlenen.

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist of arts verstandelijk gehandicapten.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor onderzoek naar kanker bij kinderen.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Verzekerden tot 18 jaar hebben geen verplicht of vrijwillig eigen risico.

Trombosezorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van trombosezorg.

Trombosezorg omvat:

- ✓ het regelmatig afnemen van bloedmonsters bij jou;
- ✓ het verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken voor het bepalen van de stollingstijd van je bloed door of onder de verantwoordelijkheid van een trombosedienst;
- ✓ het ter beschikking stellen aan jou van apparatuur en toebehoren voor het meten van de stollingstijd van je bloed;
- ✓ jouw opleiding voor het meten van de stollingstijd van je bloed en het gebruik van de apparatuur daarvoor en de begeleiding van jou bij het meten;
- ✓ het advies aan jou over de toepassing van geneesmiddelen voor het beïnvloeden van de bloedstolling.

Waar moet je op letten?

Een trombosedienst mag de zorg verlenen.

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts of medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor trombosezorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Erfelijkheidsadviesing

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van erfelijkheidsadviesing.

Erfelijkheidsadviesing omvat:

- ✓ het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- ✓ het advies aan jou over de erfelijkheid van aandoeningen/afwijkingen of een gebleken hogere kans daarop;
- ✓ de psychosociale begeleiding in verband met het advies over de erfelijkheid van aandoeningen/afwijkingen;
- ✓ het onderzoek bij andere personen dan jijzelf als dat noodzakelijk is voor de adviesing aan jou. In dat geval kunnen ook de andere personen advies krijgen.

Waar moet je op letten?

Een centrum voor erfelijkheidsadviesing mag de zorg verlenen.

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor erfelijkheidsadviesing.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Audiologische zorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van audiologische zorg.

Audiologische zorg omvat:

- ✓ onderzoek naar de gehoorfunctie;
- ✓ advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- ✓ voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- ✓ psychosociale zorg als dat noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- ✓ hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen bij kinderen.

Waar moet je op letten?

Een audiologisch centrum mag de zorg verlenen.

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor audiologische zorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Verloskundige zorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van verloskundige zorg.

Verloskundige zorg omvat zorg die verloskundigen plegen te bieden.

Onder de zorg valt ook:

- ✓ informatieverstrekking over de prenatale screening naar aangeboren afwijkingen als je zwanger bent (counseling);
- ✓ een structureel echoscopisch onderzoek (seo) in het tweede trimester van de zwangerschap;
- ✓ de combinatietest (nekplooiemeting en serumonderzoek), als je 36 jaar of ouder bent;
- ✓ de combinatietest als je jonger bent dan 36 jaar en je daarvoor een medische indicatie hebt.

Waar moet je op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- ✓ een verloskundige;
- ✓ een huisarts;
- ✓ een ziekenhuis;
- ✓ een geboortecentrum dat hiervoor door ons is gecontracteerd;
- ✓ een echoscopisch centrum, alleen voor echoscopisch onderzoek.

Als je geen medische indicatie hebt, is alleen een zorgaanbieder met een vergunning op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek

of met een samenwerkingsafspraken met een regionaal centrum dat beschikt over een vergunning op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek bevoegd om de counseling, het seo en de combinatietest (nekplooiemeting en serumonderzoek) te verrichten.

Voor verloskundige zorg in een ziekenhuis moet je een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist of verloskundige.

De gecontracteerde geboortecentra zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor het gebruik van een verloskamer in een ziekenhuis als je geen medische indicatie hebt, geldt een wettelijke eigen bijdrage. Voor de berekening van de wettelijke eigen bijdrage wordt het gebruik van de verloskamer geacht onder de kraamzorg te vallen.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van verloskundige zorg tellen niet mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Kraamzorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van kraamzorg. Kraamzorg omvat zorg die kraamverzorgenden plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling. Onder de zorg valt alleen de zorg gedurende de eerste tien dagen vanaf de dag van de bevalling.

Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg stelt de zorgaanbieder vast in overleg met de verloskundige en met ons. Voor het bepalen van het aantal uren en dagen is het 'Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg' leidend. Het aantal uren en dagen is onder andere afhankelijk van de gezinssamenstelling en de aanwezigheid van mantelzorg. Het protocol kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/kraamzorg. Op verzoek zenden wij het toe.

Waar moet je op letten?

Een kraamverzorgende mag de zorg verlenen.

Voor het krijgen van de kraamzorg moet je je bij ons aanmelden. Als je je aanmeldt voor de vijfde maand van de zwangerschap, kunnen wij tijdig voldoende zorg regelen. De aanmelding kan telefonisch via de Energiek Advieslijn (0570) 687 088 en via het aanmeldformulier op www.energiek.nl/zorgadvies.

Geldt er een wettelijke bijdrage?

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

Voor kraamzorg in een instelling geldt voor zowel de moeder als het kind een wettelijke eigen bijdrage van € 16,50 per dag én het bedrag dat het tarief van de instelling per dag hoger is dan € 116,50. Dit geldt niet als je een medische indicatie hebt.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van kraamzorg tellen niet mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor kraamzorg door een niet-

gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde kraamverzorgenden zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van fysiotherapie en oefentherapie. Fysiotherapie omvat zorg die fysiotherapeuten plegen te bieden. Oefentherapie omvat zorg die oefentherapeuten plegen te bieden.

18 jaar of ouder

Als je 18 jaar of ouder bent, heb je recht op de vergoeding van kosten van:

- ✓ fysiotherapie of oefentherapie voor een aandoening die staat in een door de minister vastgestelde lijst (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering), de Lijst Chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie. Het recht op vergoeding gaat in vanaf de 21e behandeling. Voor sommige aandoeningen in de Lijst geldt een maximale termijn voor de duur van de behandeling. Als je fysiotherapie of oefentherapie krijgt voor een aandoening waarvoor een maximale termijn geldt, heb je recht op vergoeding van de zorg tot het einde van de maximale termijn.
- ✓ bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie tot maximaal negen behandelingen.

Jonger dan 18 jaar

Als de verzekerde jonger dan 18 jaar is, heeft de verzekerde recht op de vergoeding van kosten van fysiotherapie of oefentherapie voor een aandoening die staat op een door de minister vastgestelde lijst (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering), de Lijst Chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie. Voor sommige aandoeningen in de Lijst geldt een maximale termijn voor de duur van de behandeling. Als de verzekerde fysiotherapie of oefentherapie krijgt voor een aandoening waarvoor een maximale termijn geldt, heeft de verzekerde recht op vergoeding van de zorg tot het einde van de maximale termijn.

Als de verzekerde jonger dan 18 jaar is, heeft de verzekerde in andere dan de hiervoor genoemde gevallen ook recht op vergoeding van fysiotherapie of oefentherapie voor aandoeningen die niet in de Lijst Chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie staan. De verzekerde heeft in die gevallen recht op vergoeding van maximaal negen behandelingen per kalenderjaar. Als die behandelingen ontoereikend resultaat opleveren, heeft de verzekerde recht op vergoeding van maximaal negen behandelingen extra.

Alleen als de verzekerde jonger dan 18 jaar is, heeft deze recht op vergoeding van kosten van kinderfysiotherapie.

De Lijst Chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie is te vinden op www.energiek.nl/fysiotherapie. Op verzoek sturen wij deze toe.

Waar moet je op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- ✓ een fysiotherapeut mag algemene fysiotherapie verlenen;
- ✓ een bekkenfysiotherapeut mag bekkenfysiotherapie verlenen;
- ✓ een geriatriefysiotherapeut mag geriatrische fysiotherapie verlenen;
- ✓ een kinderfysiotherapeut mag kinderfysiotherapie verlenen;
- ✓ een fysiotherapeut, oefentherapeut en huidtherapeut mogen littekenbehandeling geven;
- ✓ een manueel therapeut mag manuele fysiotherapie verlenen;
- ✓ een oedeemtherapeut en huidtherapeut mogen oedeemtherapie en lymfedrainage verlenen;
- ✓ een oefentherapeut (Cesar of Mensendieck) mag algemene oefentherapie verlenen;
- ✓ een kinderoefentherapeut mag kinderoefentherapie verlenen.

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts of een medisch specialist:

- ✓ voor behandeling voor een aandoening die staat op de Lijst Chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie;
- ✓ voor behandeling door een bekkenfysiotherapeut in verband met urine-incontinentie.

De verwijzing moet een toelichting bevatten, waaruit duidelijk de behoefte aan die vorm van fysiotherapie blijkt. Als je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, moet je een kopie van de verwijzing meesturen met het indienen van de eerste nota.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor fysiotherapie en oefentherapie.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor fysiotherapie en oefentherapie door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Logopedie

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van logopedie. Logopedie omvat de zorg die logopedisten plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder de zorg valt ook stottertherapie. Onder de zorg valt

niet de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid.

Waar moet je op letten?

Preverbaal logopedie mag alleen worden verleend door een logopedist die is ingeschreven in het register Preverbaal logopedie van de NVLF.

Afasie-therapie mag alleen worden verleend door een logopedist die is ingeschreven in het register Afasie van de NVLF.

Het Hanen-ouderprogramma mag alleen worden verleend door een logopedist die is ingeschreven in het register Hanen-ouderprogramma van de NVLF.

Individuele stottertherapie mag alleen worden verleend door een logopedist of een stottertherapeut die is ingeschreven in het register Stotteren van de NVLF.

Integrale zorg stotteren mag alleen worden verleend door een logopedist of stottertherapeut die is ingeschreven in het register integrale zorg stotteren van de NVLF.

Een logopedist mag de overige zorg verlenen.

Voor logopedie door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet je een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, orthopedagoog, specialist ouderengeneeskunde of jeugdgezondheidszorgarts.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor logopedie.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor logopedie door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde logopedisten zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Ergotherapie

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van ergotherapie tot een maximum van 10 behandeluren per kalenderjaar. Ergotherapie omvat de zorg die ergotherapeuten plegen te bieden. Deze heeft als doel het bevorderen en herstellen van de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde.

Waar moet je op letten?

Een ergotherapeut mag de zorg verlenen.

Voor ergotherapie door een niet-gecontracteerde ergotherapeut moet je een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, jeugdgezondheidszorgarts, specialist ouderengeneeskunde of een bedrijfsarts.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor ergotherapie.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor ergotherapie door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde ergotherapeuten zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Dieetadvisering

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van dieetadvisering tot een maximum van drie behandelingen per kalenderjaar. Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden.

Waar moet je op letten?

Een diëtist mag de zorg verlenen.

Voor dieetadvisering door een niet-gecontracteerde diëtist moet je een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, jeugdgezondheidszorgarts of specialist ouderengeneeskunde.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor dieetadvisering.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor dieetadvisering door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde diëtisten zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Ketenzorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van de kosten van ketenzorg. Ketenzorg kan er zijn voor vasculair risicomanagement, voor chronisch obstructief longlijden (COPD) en voor personen van 18 jaar en ouder

met Diabetes Mellitus type 2.

Waar moet je op letten?

Een gecontracteerde zorggroep mag de zorg verlenen. Gecontracteerde zorggroepen zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts of een medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor ketenzorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten tellen niet mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Tandheelkundige zorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van tandheelkundige zorg. Tandheelkundige zorg (mondzorg) omvat zorg die tandartsen plegen te bieden.

Alle leeftijden

Je hebt recht op vergoeding van kosten van tandheelkundige zorg als:

- ✓ je een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaakmondstelsel hebt. De stoornis of afwijking moet zo ernstig zijn, dat je zonder de zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de functie die je zou hebben gehad als de stoornis of afwijking er niet was geweest. Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur valt hieronder ook als je een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt en het implantaat en het vaste gedeelte van de suprastructuur nodig zijn om een uitneembare prothese te bevestigen.
- ✓ je een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt. De aandoening moet zodanig zijn, dat je zonder de zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de functie die je zou hebben gehad als de aandoening er niet was geweest.
- ✓ een medische behandeling zonder die tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en je zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de functie die je zou hebben gehad als de aandoening er niet was geweest.

Jonger dan 18 jaar

Als de verzekerde jonger dan 18 jaar is, heeft de verzekerde naast de tandheelkundige zorg voor alle leeftijden recht op de vergoeding van de kosten van:

- ✓ periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar. Recht op vergoeding van de kosten voor meer keren per jaar heeft de verzekerde alleen als dat tandheelkundig gezien noodzakelijk is;
- ✓ een incidenteel tandheelkundig consult;
- ✓ het verwijderen van tandsteen;
- ✓ maximaal twee fluoride-behandelingen per jaar vanaf het

moment dat de blijvende tanden en kiezen doorbreken. Recht op vergoeding van de kosten voor meer keren per jaar heeft de verzekerde alleen als dat tandheelkundig gezien wenselijk is;

- ✓ sealing;
- ✓ parodontale hulp;
- ✓ anesthesie;
- ✓ endodontische hulp;
- ✓ restauratie van gebits-elementen met plastische materialen;
- ✓ gnathologische hulp;
- ✓ uitneembare prothetische voorzieningen;
- ✓ tandvervangende hulp met niet-plastische materialen en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, als het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd of omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
- ✓ chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
- ✓ röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

18 jaar of ouder

Als je 18 jaar of ouder bent, heb je naast de tandheelkundige zorg voor alle leeftijden recht op de vergoeding van de kosten van:

- ✓ chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het röntgenonderzoek dat daarbij hoort, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
- ✓ uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.

Waar moet je op letten?

Een tandarts, kaakchirurg en een centrum voor bijzondere tandheelkunde mogen de zorg verlenen.

Uitneembare (volledige) prothetische voorzieningen mogen ook gemaakt en geplaatst worden door een tandprotheticus.

Een mondhygiënist mag alleen de volgende zorg verlenen: periodieke controle, preventievoorlichting en/of instructie, preventieve mondzorg, eenvoudige parodontale hulp en plaatsing van eenvoudige vullingen.

Voor zorg door een kaakchirurg moet je een verwijzing hebben van een huisarts of tandarts.

Voor vergoeding van een aantal vormen van tandheelkundige zorg moet je schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat je de zorg krijgt. Het gaat om de volgende zorg:

- ✓ de zorg die is omschreven onder het kopje 'Alle leeftijden';
- ✓ extractie onder narcose;
- ✓ osteotomie;
- ✓ het plaatsen van een tandheelkundig implantaat;
- ✓ chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als daarvoor verblijf noodzakelijk is;
- ✓ het maken en plaatsen van een volledige tandheelkundige prothese door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;
- ✓ zorg door een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Bij de aanvraag voor de zorg moet je een schriftelijk en gemotiveerd behandelplan van de zorgaanbieder meesturen met vermelding van onder meer de medische diagnose(s) en de prestatiecodes, aangevuld met röntgenopnamen en eventuele gebitsmodellen.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Als je 18 jaar of ouder bent, geldt een wettelijke eigen bijdrage:

- ✓ voor zorg die valt onder het kopje 'Alle leeftijden', als het een uitneembare volledige gebitsprothese of een uitneembare volledige gebitsprothese op tandheelkundige implantaten betreft. De hoogte van de wettelijke eigen bijdrage is in dat geval € 125,- per volledige gebitsprothese (per kaak);
- ✓ voor een uitneembare volledige gebitsprothese voor de boven- of onderkaak. De hoogte van de wettelijke eigen bijdrage is in dat geval 25% van de kosten. Dit geldt niet als jouw recht op vergoeding van de kosten van deze zorg valt onder het kopje 'Alle leeftijden';
- ✓ voor zorg die valt onder het kopje 'Alle leeftijden', als het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp. De hoogte van de wettelijke eigen bijdrage is in dat geval het bedrag dat de zorgaanbieder in rekening had gebracht als er geen sprake was van recht op vergoeding van de kosten onder het kopje 'Alle leeftijden'. Dat betekent dat je feitelijk recht hebt op vergoeding van alleen de extra kosten die gemoeid zijn met die zorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Orthodontie in bijzondere gevallen

Wat is de dekking?

Orthodontie omvat zorg van orthodontische aard die tandartsen plegen te bieden. Je hebt recht op vergoeding van kosten van orthodontie als je een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tandkaakmondstelsel hebt. De orthodontie moet noodzakelijk zijn voor het behouden of verkrijgen van een tandheelkundige functie, die gelijkwaardig is aan de functie die je zou hebben gehad als de stoornis er niet was geweest. De stoornis of afwijking moet zodanig zijn, dat medediagnostiek of medebehandeling van andere vormen van zorg dan de tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Waar moet je op letten?

Tandartsen en orthodontisten mogen de zorg verlenen.

Voor zorg door een orthodontist moet je een verwijzing hebben van een tandarts.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor orthodontie in bijzondere gevallen.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Geneesmiddelenzorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelenzorg. Geneesmiddelenzorg (farmaceutische zorg) omvat terhandstelling van:

- ✓ de volgende geregistreerde geneesmiddelen:
 - de geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 (maar niet in bijlage 2) van de Regeling zorgverzekering;
 - de geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering bevat per geneesmiddel extra voorwaarden voor de levering van het geneesmiddel. Je hebt alleen recht op de vergoeding van kosten van deze geneesmiddelen als is voldaan aan de voorwaarden die voor het betreffende geneesmiddel zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering;
- ✓ de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen, als sprake is van rationele farmacotherapie:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van de apotheker in diens apotheek op kleine schaal zijn bereid (magistrale bereidingen);
 - geneesmiddelen die in de handel worden gebracht naar aanleiding van een bestelling op initiatief van een arts, die onder zijn toezicht bestemd zijn voor gebruik door jou
 - als deze geneesmiddelen in Nederland zijn bereid door een fabrikant met een vergunning voor het bereiden van geneesmiddelen op grond van de Geneesmiddelenwet en zijn bereid volgens de specificaties van die arts; of
 - deze geneesmiddelen in de handel zijn in een andere EU-, of EER-land of in een derde land en op verzoek van die arts binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht, als je aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- ✓ de volgende dieetpreparaten:
 - dieetpreparaten als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Je hebt alleen recht op de vergoeding van kosten van de in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering opgenomen dieetpreparaten als is voldaan aan de voorwaarden die hiervoor zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Onder de geneesmiddelenzorg valt ook het advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van de medicatiebeoordeling en het verantwoord gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen.

Onder geneesmiddelenzorg vallen niet:

- ✓ geneesmiddelen om het krijgen van een ziekte tijdens reizen te voorkomen;
- ✓ geneesmiddelen voor onderzoek (geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet);
- ✓ geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet is opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering;
- ✓ geneesmiddelen waarmee nog klinische proeven worden gedaan en die beschikbaar worden gesteld voor gebruik in schrijnende gevallen (geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet);
- ✓ geneesmiddelen die je krijgt in het kader van een opname of een medisch specialistische behandeling als die deel uit (behoren te)

maken van die opname of behandeling. Deze geneesmiddelen maken dan onderdeel uit van die zorg.

Bijlage 1 en 2 van de Regeling Zorgverzekering kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/geneesmiddelen. Op verzoek zenden wij deze toe.

Hoe lang vergoeden wij de geneesmiddelen?

Wij vergoeden geneesmiddelen niet in onbeperkte hoeveelheden. Per voorschrift vergoeden wij kosten van de geneesmiddelen voor een periode van maximaal:

- ✓ 15 dagen, als het gaat om een nieuw soort geneesmiddel voor jou;
- ✓ 15 dagen, als het gaat om antibiotica of chemotherapie ter bestrijding van acute aandoeningen;
- ✓ drie maanden, als het gaat om geneesmiddelen voor de behandeling van chronische aandoeningen, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica. De zorgaanbieder die het voorschrift afgeeft, bepaalt of sprake is van een chronische aandoening;
- ✓ 12 maanden, als het gaat om de anticonceptiepil (orale anticonceptiva);
- ✓ één maand in alle andere gevallen.

Waar moet je op letten?

Apothekers en apotheehoudende huisartsen mogen de zorg verlenen.

Voor vergoeding van geneesmiddelen moet je een voorschrift hebben.

Voor de meeste geneesmiddelen geldt dat een huisarts, een medisch specialist, een orthodontist, een tandarts, een verloskundige, een arts verstandelijk gehandicapten, een sportarts en een specialist ouderengeneeskunde het voorschrift mogen afgeven. Hierbij geldt de voorwaarde dat het voorgeschreven geneesmiddel verband houdt met de zorg die de voorschrijver pleegt te bieden.

Voor de geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering gelden aparte regels. De zorgaanbieders die het voorschrift voor deze geneesmiddelen mogen afgeven, zijn per geneesmiddel genoemd in het Reglement Farmacie. Het Reglement Farmacie kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/geneesmiddelen. Op verzoek zenden wij het toe.

Toestemming of apotheekinstructie

Voor vergoeding van sommige geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering moet je schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat je de zorg krijgt. Bij de aanvraag moet je een kopie van het voorschrift meesturen.

Voor vergoeding van andere geneesmiddelen die in bijlage 2 zijn opgenomen, geldt dat de apotheker of de apotheehoudende huisarts op grond van een artsenverklaring of apotheekinstructie het recht op vergoeding moet vaststellen.

In het Reglement Farmacie zijn deze voorwaarden per geneesmiddel opgenomen. Het Reglement Farmacie kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/geneesmiddelen. Op verzoek zenden wij het toe.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen,

als de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Er geldt ook een wettelijke eigen bijdrage als een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een wettelijke eigen bijdrage is verschuldigd. In de Regeling zorgverzekering is geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor geneesmiddelenzorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Verblijf

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van verblijf en de daarbij horende verpleging, verzorging of paramedische zorg. Verblijf omvat een opname gedurende een onafgebroken periode van maximaal 365 dagen. De opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg algemeen, plastische chirurgie, revalidatiezorg, geriatrische revalidatie, transplantatiezorg, mechanische beademing, verloskundige zorg, gespecialiseerde ggz, erfelijkheidsadvisering of chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.

Een onderbreking van de opname van maximaal dertig dagen geldt niet als onderbreking van de ononderbroken periode. Deze dagen van onderbreking tellen echter niet mee voor de berekening van de 365 dagen, behalve als het gaat om weekend- en vakantieverlof. Onderbrekingen voor weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Waar moet je op letten?

Deze zorgaanbieders mogen het verblijf bieden:

- ✓ ziekenhuis, als je medisch specialistische zorg, revalidatiezorg, geriatrische revalidatiezorg, transplantatiezorg, mechanische beademing, verloskundige zorg, gespecialiseerde ggz of chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard krijgt;
- ✓ een revalidatiecentrum, als je revalidatiezorg of geriatrische revalidatiezorg krijgt;
- ✓ een psychiatrisch ziekenhuis, als je gespecialiseerde ggz krijgt;
- ✓ een beademingscentrum, als je mechanische beademing krijgt;
- ✓ een centrum voor erfelijkheidsadvisering, voor erfelijkheidsadvisering aan jou;
- ✓ een verpleeghuis, voor geriatrische revalidatiezorg.

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, tandarts of verloskundige. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Voor vergoeding van het verblijf moet je voorafgaande aan het verblijf schriftelijke toestemming van ons hebben als het gaat om een opname voor:

- ✓ plastische chirurgie;
- ✓ chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verblijf.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Verpleging zonder verblijf

Wat is de dekking?

Verpleging omvat de zorg die verpleegkundigen plegen te bieden. Je hebt naast verpleging tijdens verblijf recht op vergoeding van kosten van verpleging zonder dat sprake is van verblijf. Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van verpleging zonder verblijf, als de verpleging noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg aan jou. De zorg omvat niet de verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg.

Waar moet je op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de verpleging zonder verblijf verlenen, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist:

- ✓ een ziekenhuis;
- ✓ een instelling voor verpleging of verzorging in de thuissituatie (extramuraal). Een thuiszorginstelling kan daaronder vallen;
- ✓ een verpleegkundige.

Je moet een voorschrift hebben van een medisch specialist of een indicatiestelling of opdrachtformulering hebben van de verantwoordelijk medisch specialist met toelichting over de aard, omvang, frequentie en duur van de noodzakelijke verpleging zonder verblijf.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verpleging zonder verblijf.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor verpleging zonder verblijf door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Ambulancevervoer

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van ambulancevervoer. Ambulancevervoer omvat ziekenvervoer per ambulance over een afstand van maximaal 200 kilometer:

- a. naar een zorgaanbieder waarvan je zorg krijgt die (gedeeltelijk) ten laste van jouw basisverzekering komt;
- b. naar een instelling waarin je verblijft en het verblijf (gedeeltelijk) ten laste van de AWBZ komt. Vervoer voor zorg in een instelling voor een deel van een dag valt hier niet onder;
- c. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 1. een persoon bij wie of een instelling waarin je een onderzoek of een behandeling krijgt waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komen;
 2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
- d. naar jouw woning of een andere woning, als je in jouw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen, als je komt van een van de zorgaanbieders, bedoeld in de onderdelen a, b of c.
 - ✓ je moet nierdialyses ondergaan;
 - ✓ je moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
 - ✓ je kunt je uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
 - ✓ je ziet zo slecht dat je je niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.

Een afstand van meer dan 200 kilometer valt ook onder het ambulancevervoer als wij daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven.

Vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance, kan ook onder het ambulancevervoer vallen. Dit is het geval als het vervoer per ambulance niet mogelijk is en wij schriftelijke toestemming hebben gegeven voor vervoer met een door ons aan te wijzen ander vervoermiddel.

Waar moet je op letten?

Een ambulancevervoerder mag de zorg verlenen.

Voor vergoeding van ambulancevervoer moet je in twee gevallen schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat het vervoer plaatsvindt. Het gaat om deze situaties:

- ✓ vervoer over een afstand van meer dan 200 km;
- ✓ vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance.

Toestemming is niet verplicht als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Bij de aanvraag voor het vervoer moet je een rapportage van de behandelend arts meesturen waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en de motivatie voor de aanvraag zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Zittend ziekenvervoer

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van zittend ziekenvervoer. Zittend ziekenvervoer omvat vervoer per auto, anders dan per ambulance, of openbaar vervoer over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer:

- a. naar een zorgaanbieder waarvan je zorg krijgt die (gedeeltelijk) ten laste van jouw basisverzekering komt;
- b. naar een instelling waarin je verblijft en het verblijf (gedeeltelijk) ten laste van de AWBZ komt. Vervoer voor zorg in een instelling voor een deel van een dag valt hier niet onder;
- c. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 1. een persoon bij wie of een instelling waarin je een onderzoek of een behandeling krijgt waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komen;
 2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
- d. naar jouw woning of een andere woning, als je in jouw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen, als je komt van een van de zorgaanbieders, bedoeld in de onderdelen a, b of c; op voorwaarde dat sprake is van een van de volgende redenen:
 - ✓ je moet nierdialyses ondergaan;
 - ✓ je moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
 - ✓ je kunt je uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
 - ✓ je ziet zo slecht dat je je niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.

De vergoeding van zittend ziekenvervoer per auto bedraagt € 0,31 per kilometer. Vergoeding per openbaar vervoer geldt alleen voor de laagste klasse van het openbaarvervoermiddel.

Wat geldt er in uitzonderlijke situaties?

Zittend ziekenvervoer omvat ook vervoer in andere gevallen, als je in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet vergoeden van dat vervoer voor jou bijzonder onredelijk is. Aan de hand van verschillende gegevens bepalen wij of je alsnog recht hebt op vergoeding van het vervoer. Wij gebruiken hierbij de volgende formule: (het aantal weken dat de behandeling duurt) x (het aantal keren dat het vervoer per week nodig is voor de behandeling) x (de enkele reisafstand in kilometers voor het vervoer naar de zorgaanbieder) x 0,25. Als de uitkomst van deze berekening 250 of hoger is, heb je recht op vergoeding.

Zittend ziekenvervoer omvat ook het vervoer van een begeleider. De begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of het moet gaan om begeleiding van een verzekerde die jonger dan 16 jaar is. In bijzondere gevallen kunnen wij schriftelijke toestemming geven voor vervoer van twee begeleiders.

Vervoer met een ander vervoermiddel dan per auto of het openbaar vervoer kan ook onder het zittend ziekenvervoer vallen. Dit is het geval als het vervoer per auto of het openbaar vervoer niet mogelijk is en wij schriftelijke toestemming hebben gegeven voor vervoer met een door ons aan te wijzen ander vervoermiddel.

Een afstand van meer dan 200 kilometer valt ook onder het zittend ziekenvervoer als wij daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven.

Waar moet je op letten?

Voor het vervoer kun je gebruik maken van een auto van jezelf of van iemand anders. Verder mag je gebruik maken van een taxibedrijf of openbaar vervoerbedrijf.

Voor vergoeding van zittend ziekenvervoer moet je een voorschrift hebben van een huisarts of een medisch specialist.

Voor vergoeding van vervoer moet je schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat het vervoer plaatsvindt.

Bij de aanvraag voor het vervoer moet je de reden van de aanvraag en het voorschrift meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor zittend ziekenvervoer geldt een wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 96,- per kalenderjaar. De wettelijke eigen bijdrage geldt niet:

- ✓ voor vervoer van een instelling waarin je ten laste van de basisverzekering of de AWBZ bent opgenomen, naar een andere instelling waarin je ten laste van de basisverzekering of de AWBZ wordt opgenomen voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat;
- ✓ voor vervoer van een instelling als bedoeld in onderdeel a naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling ten laste van de basisverzekering waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling;
- ✓ voor vervoer van een instelling waarin je ten laste van de AWBZ bent opgenomen, naar een persoon of instelling voor een tandheelkundige behandeling ten laste van de AWBZ, waarvoor in de eerstbedoelde instelling niet de mogelijkheid bestaat, en het vervoer terug naar die instelling.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor ziekenvervoer door een niet-gecontracteerd taxibedrijf. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde taxibedrijven zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 008.

Dyslexiezorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van dyslexiezorg. Dyslexiezorg omvat zorg in verband met ernstige dyslexie aan verzekerden van zeven jaar of ouder die basisonderwijs volgen. Ernstige dyslexie is een lees- en spellingsstoornis door een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald. Lees- en spellingsproblemen om andere redenen vallen er niet onder.

De diagnostiek en behandeling moet plaatsvinden volgens het geldende 'Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling' (hierna: het Protocol Dyslexie). Het Protocol Dyslexie kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/dyslexie. Op verzoek zenden wij het toe.

Om voor dyslexiezorg in aanmerking te komen moet de school van de verzekerde een schoolanamneserapport hebben opgesteld. Daaruit

moet blijken dat de school alles heeft gedaan wat op grond van het Protocol Dyslexie op school moet gebeuren.

De zorg moet beginnen als de verzekerde ouder dan zes en jonger dan 13 jaar oud is.

Waar moet je op letten?

Deze zorgaanbieders mogen als hoofdbehandelaar de zorg verlenen:

- ✓ een gezondheidszorgpsycholoog;
- ✓ een orthopedagoog;
- ✓ een psycholoog die als kinder- en jeugdpsycholoog NIP is ingeschreven in het verenigingsregister van het NIP.

Daarbij geldt als voorwaarde dat de zorgaanbieder is aangesloten bij het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD) of het Kwaliteitsinstituut Dyslexie (KD) of is opgenomen in het Deskundigenbestand Dyslexie van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder heb je geen toestemming van ons nodig.

Voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet je schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat de verzekerde de zorg krijgt. Bij de aanvraag voor diagnostiek moet je meesturen:

- ✓ een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier Dyslexiezorg Energiek. Dit aanvraagformulier kun je downloaden via www.energiek.nl/dyslexie. Op verzoek zenden wij het toe;
- ✓ een rapport van de school op grond van het Protocol Dyslexie waaruit het vermoeden van ernstige dyslexie blijkt.

Een aanvraag voor behandeling kun je alleen indienen als de diagnostiek al heeft plaatsgevonden. Bij de aanvraag voor behandeling moet je meesturen:

- ✓ een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier Dyslexiezorg Energiek. Dit aanvraagformulier kun je downloaden via www.energiek.nl/dyslexie. Op verzoek zenden wij het toe;
- ✓ een behandelplan conform het Protocol Dyslexie.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor dyslexiezorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Verzekerden tot 18 jaar hebben geen verplicht of vrijwillig eigen risico.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor dyslexiezorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Basis ggz

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van basis ggz. Basis ggz omvat niet-gespecialiseerde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg zoals psychiaters en klinisch psychologen plegen te bieden.

De zorg is verdeeld in de volgende zorgproducten:

- Generalistische Basis ggz Kort;
- Generalistische Basis ggz Middel;
- Generalistische Basis ggz Intensief;
- Generalistische Basis ggz Chronisch;
- Transitieprestatie.

De zorgproducten kunnen bestaan uit verschillende onderdelen, zoals: intake, diagnostiek, behandeling middels individuele gesprekken, groepsessies of internetbehandeling, effectmetingen, verslaglegging en consultatie.

Onder de basis ggz valt niet:

- ✓ de behandeling van aanpassingsstoornissen. Van een aanpassingsstoornis is sprake als iemand na een ingrijpende gebeurtenis of verandering (een stressvolle situatie) psychische klachten houdt, die een normaal dagelijks functioneren thuis en op het werk verhinderen;
- ✓ hulp bij werk- en relatieproblemen.
- ✓ geïndiceerde preventie bij depressie, paniek- en angststoornissen en problematisch alcoholgebruik.

Waar moet je op letten?

Deze zorgaanbieders mogen als hoofdbehandelaar de basis ggz verlenen:

- ✓ een gezondheidszorgpsycholoog;
- ✓ een klinisch psycholoog;
- ✓ een psychotherapeut;
- ✓ een psychiater;
- ✓ een orthopedagoog;
- ✓ een zorgaanbieder die als kinder- en jeugdpsycholoog NIP is ingeschreven in het verenigingsregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Onder de eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar mogen deze zorgaanbieders de zorg verlenen:

- ✓ een zorgaanbieder die ook als hoofdbehandelaar de zorg mag verlenen;
- ✓ een verpleegkundig specialist ggz.

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of jeugdgezondheidszorgarts. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Als de verzekerde een jeugdige als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is, moet de verzekerde een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg hebben of, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, lid 5 van de AWBZ, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg. Als de verzekerde jonger is dan 18 jaar en beschikt over een verwijzing van de huisarts, is in elk geval aan deze voorwaarde voldaan.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor basis ggz.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor basis ggz door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Gespecialiseerde ggz

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van gespecialiseerde ggz. Gespecialiseerde ggz omvat gespecialiseerde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg die psychiaters en klinisch psychologen plegen te bieden.

Onder de gespecialiseerde ggz valt niet:

- ✓ de behandeling van aanpassingsstoornissen. Van een aanpassingsstoornis is sprake als iemand na een ingrijpende gebeurtenis of verandering (een stressvolle situatie) psychische klachten houdt, die een normaal dagelijks functioneren thuis en op het werk verhinderen;
- ✓ hulp bij werk- en relatieproblemen;
- ✓ geïndiceerde preventie bij depressie, paniek- en angststoornissen en problematisch alcoholgebruik.

Waar moet je op letten?

Deze zorgaanbieders mogen als hoofdbehandelaar de gespecialiseerde ggz verlenen:

- ✓ een klinisch psycholoog;
- ✓ een psychiater;
- ✓ een psychotherapeut;
- ✓ een instelling voor het verlenen van gespecialiseerde ggz, zoals een psychiatrisch ziekenhuis, een ziekenhuis (PAAZ, PAAcZ of PUK) of een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. In dat geval moet een klinisch psycholoog, een psychiater of een psychotherapeut als hoofdbehandelaar de specialistische ggz verlenen.

Daarbij geldt als voorwaarde dat de zorgaanbieder samenwerkt met andere disciplines (werkt in een multidisciplinaire context).

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of jeugdgezondheidszorgarts. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Als de verzekerde een jeugdige als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is, moet de verzekerde een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg hebben of, als het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, lid 5 van de AWBZ, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd

in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg. Als de verzekerde jonger is dan 18 jaar en beschikt over een verwijzing van de huisarts, is in elk geval aan deze voorwaarde voldaan.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor gespecialiseerde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor gespecialiseerde ggz door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Hulpmiddelenzorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op hulpmiddelenzorg (zorg in natura). Hulpmiddelenzorg omvat de functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen die zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. De omvang van de zorg is nader bepaald in dit reglement. In dit reglement is verder opgenomen of je het hulpmiddel in eigendom of in bruikleen krijgt. Ook verdere voorwaarden voor het recht op de zorg en het gebruik van de hulpmiddelen zijn opgenomen in het reglement.

Het Reglement Hulpmiddelen kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/hulpmiddelen. Op verzoek zenden wij het toe.

Onder de hulpmiddelenzorg vallen niet:

- ✓ hulpmiddelen en verbandmiddelen die je krijgt in het kader van een opname of een medisch specialistische behandeling als die deel uit (behoren te) maken van die opname of behandeling. Deze hulpmiddelen maken dan onderdeel uit van die zorg. In geval van ziekenhuisverplaatste zorg in de thuissituatie vallen de hulpmiddelen en de noodzakelijke toebehoren (behorend bij de hoofdunit) ook onder de medisch specialistische zorg. In deze situatie vallen de verbandmiddelen wel onder de hulpmiddelenzorg;
- ✓ hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop je recht hebt op grond van de AWBZ, de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Wet inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) en de Wet op de leerlinggebonden financiering (het 'rugzakje');
- ✓ de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen zoals energieverbruik en batterijen, tenzij dat in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald.

Waar moet je op letten?

In beginsel moet je gebruik maken van zorg door gecontracteerde zorgaanbieders. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden

op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Je kunt kiezen voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In het Reglement Hulpmiddelen staat welke zorgaanbieders de zorg in dat geval mogen verlenen.

Voor het krijgen van hulpmiddelenzorg moet je een voorschrift hebben. In het Reglement Hulpmiddelen is per categorie hulpmiddelen opgenomen welke zorgaanbieder het voorschrift mag afgeven.

In het Reglement Hulpmiddelen is opgenomen in welke gevallen je schriftelijke toestemming van ons moet hebben voordat je de zorg krijgt en aan welke voorwaarden de aanvraag moet voldoen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor sommige hulpmiddelen geldt een wettelijke eigen bijdrage. Deze is opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen. Voor sommige hulpmiddelen geldt een wettelijke maximale vergoeding. Onder de wettelijke eigen bijdrage vallen ook de kosten die uitkomen boven die wettelijke maximale vergoeding en daarom voor jouw rekening blijven.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico. Dit geldt niet voor hulpmiddelen die je in bruikleen krijgt, met uitzondering van de bij die hulpmiddelen behorende verbruiksartikelen of gebruikskosten.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Als de hulpmiddelenzorg tijdig beschikbaar is bij een gecontracteerde zorgaanbieder, maar je koopt of huurt het hulpmiddel of verbandmiddel bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hanteren wij een maximumvergoeding.

Een hulpmiddel of verbandmiddel dat wij normaal gesproken in eigendom verstrekken, vergoeden wij in dat geval tot maximaal 80% van de kosten die wij zouden maken als je de zorg van een gecontracteerde zorgaanbieder had gekregen. In dat geval vergoeden wij ook maximaal 80% van de eventuele reparatiekosten van het hulpmiddel.

De kosten van een hulpmiddel dat wij normaal gesproken in bruikleen verstrekken, vergoeden wij in dat geval per kalenderjaar. Wij vergoeden dan maximaal 80% van de kosten, die wij zouden maken voor het in bruikleen verstrekken van die zorg in dat kalenderjaar. De vergoeding is naar rato van het aantal dagen dat je in dat kalenderjaar recht hebt op die hulpmiddelenzorg en het hulpmiddel daadwerkelijk tot je beschikking hebt.

Stoppen met roken

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van kosten van een stoppen-met-roken-programma. De zorg omvat een programma van geneeskundige zorg al dan niet in combinatie met geneesmiddelen gericht op gedragsverandering met als doel stoppen met roken. De zorg is beperkt tot het volgen van één programma per kalenderjaar.

Begeleiding bij stoppen met roken kan ook onderdeel zijn van huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, verloskundige zorg of

eerstelijnspsychologische zorg. Voor het recht op vergoeding van kosten van begeleiding bij stoppen met roken gelden in dat geval de voorwaarden voor vergoeding van kosten van die vormen van zorg. Die voorwaarden staan genoemd in de artikelen voor die zorg, te weten: huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, verloskundige zorg en eerstelijnspsychologische zorg.

Waar moet je op letten?

De zorgaanbieders die zijn opgenomen in de 'Lijst Begeleiding bij stoppen met roken' mogen de zorg verlenen. De 'Lijst Begeleiding bij stoppen met roken' kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/stoppenmetroken. Op verzoek zenden wij deze toe.

Begeleiding bij het stoppen met roken als onderdeel van huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, verloskundige zorg of eerstelijnspsychologische zorg mogen de zorgaanbieders verlenen die zijn aangewezen in de artikelen voor die vormen van zorg.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor stoppen met roken.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Voor begeleiding bij het stoppen met roken als onderdeel van huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, verloskundige zorg of eerstelijnspsychologische zorg gelden de bepalingen rond het eigen risico voor die vormen van zorg.

Voorwaardelijk toegelaten zorg

Wat is de dekking?

Je hebt recht op de vergoeding van kosten van voorwaardelijk toegelaten zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Hieronder vallen een specifieke behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten, de behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie, de behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie, de behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose en het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn. Deze behandelingen zijn onderdeel van de medisch specialistische zorg. De voorwaarden voor het recht op vergoeding van kosten van deze behandelingen zijn daarom opgenomen in het artikel over medisch specialistische zorg.

Als dure en weesgeneesmiddelen of andere vormen van zorg voorwaardelijk worden toegelaten, gelden voor het recht op vergoeding van kosten daarvan de daarbij in betreffende ministeriële regeling opgenomen voorwaarden.

De voorwaarden kun je in dat geval bekijken en downloaden via www.energiek.nl/voorwaardelijkezorg. Op verzoek zenden wij deze toe.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als je 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico. Dit geldt niet als de zorg onderdeel is van de zorg die is genoemd in artikel 5 en 6 van de specifieke bepalingen van de basisverzekering.



Aanvullende verzekeringen Start, Extra, Plus, Top

Specifieke bepalingen voor de Aanvullende verzekering

De afspraken uit het hoofdstuk Algemene bepalingen zijn van toepassing op de basisverzekering, de aanvullende verzekeringen en de tandartsverzekeringen, tenzij ze uitdrukkelijk alleen gelden voor de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekeringen gelden daarnaast nog specifieke bepalingen. Je leest in dit hoofdstuk welke dat zijn. Als bepalingen gelden voor een specifieke aanvullende verzekering, dan is dat uitdrukkelijk vermeld. Alle bijlagen waar in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden naar wordt verwezen, maken onderdeel uit van de aanvullende verzekering.

Aanvullende verzekering sluiten en stopzetten

1. Wanneer kun je een aanvullende verzekering sluiten?

Voor het sluiten van een aanvullende verzekering gelden de volgende acceptatievoorwaarden:

- ✓ Je (verzekeringnemer) kunt alleen een aanvullende verzekering sluiten als de persoon die jij (verzekeringnemer) wilt verzekeren op het moment van ingaan van de aanvullende verzekering ook een basisverzekering heeft;
- ✓ Jij (verzekeringnemer) en de te verzekeren persoon hebben geen betalingsachterstand bij en zijn niet in het verleden geroyeerd door Eno Zorgverzekeraar N.V. of Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.;
- ✓ Als je (verzekeringnemer) voor jouw minderjarige kind(eren) een aanvullende verzekering (geen tandartsverzekering) sluit, krijgt of krijgen deze automatisch dezelfde aanvullende verzekering als de ouder/verzorger met de aanvullende verzekering (geen tandartsverzekering) met de hoogste premiegrondslag waarvoor jij (verzekeringnemer) ook een aanvullende verzekering sluit of eerder hebt gesloten en die nog niet is geëindigd;
- ✓ Als je (verzekeringnemer) voor jouw minderjarige kind(eren) een tandartsverzekering sluit, krijgt of krijgen deze automatisch dezelfde tandartsverzekering als de ouder/verzorger met de tandartsverzekering met de hoogste premiegrondslag waarvoor jij (verzekeringnemer) ook een tandartsverzekering sluit of eerder hebt gesloten en die nog niet is geëindigd.

Wij kunnen het sluiten van een aanvullende verzekering weigeren om een andere reden.

2. Wanneer begint de aanvullende verzekering?

Als de aanvraag onvolledig is, gaat de aanvullende verzekering later in. De aanvullende verzekering gaat dan in op de dag waarop wij de volledige aanvraag hebben ontvangen.

Als de aanvraag voor een aanvullende verzekering voor een kind is ingediend binnen vier maanden na de geboorte van het kind, gaat de aanvullende verzekering in op de geboortedatum van het kind. Dat geldt niet als je (verzekeringnemer) dat niet wilt.

Als je (verzekeringnemer) een aanvraag tot het sluiten van een aanvullende verzekering voor iemand anders doet, gaan wij ervan uit dat je (verzekeringnemer) ons daarmee een volmacht hebt gegeven voor het beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering van die persoon bij de vorige zorgverzekeraar. Als je (verzekeringnemer) dit niet wilt, moet je (verzekeringnemer) ons dat schriftelijk melden bij het doen van de aanvraag.

3. Hoe kun je de aanvullende verzekering wijzigen?

Je (verzekeringnemer) kunt ons vragen om de aanvullende verzekering van een verzekerde tijdens het jaar te wijzigen in een andere aanvullende verzekering met een hogere premiegrondslag. Een wijziging in een andere aanvullende verzekering gaat in per de eerste dag van de maand die volgt op de dag dat wij het verzoek hebben ontvangen. Een wijziging naar een aanvullende verzekering met een lagere premiegrondslag is alleen mogelijk per 1 januari. Bij het tussentijds (niet per 1 januari) overstappen op een aanvullende verzekering met een hogere premiegrondslag geldt een wachttijd.

Je (verzekeringnemer) moet het verzoek schriftelijk, per e-mail (info@energiek.nl) of via www.energiek.nl/wijzigen doen. Een mondeling verzoek geldt niet.

Voor de wijziging van de aanvullende verzekering en tandartsverzekering gelden verder dezelfde voorwaarden als voor het sluiten van de aanvullende verzekering. Dit betekent dat de aanvullende verzekering respectievelijk de tandartsverzekering van jouw minderjarige kind(eren) automatisch wijzigt als de aanvullende verzekering respectievelijk de tandartsverzekering van de ouder/ verzorgers die door jou (verzekeringnemer) zijn verzekerd wijzigt.

Premie

4. Hoe is de premie opgebouwd?

Je (verzekeringnemer) moet ons premie betalen, behalve in de volgende gevallen:

- ✓ je (verzekeringnemer) hoeft voor een verzekerde geen premie te betalen voor een aanvullende verzekering (geen tandartsverzekering) respectievelijk tandartsverzekering tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar is geworden, mits tenminste een ouder/verzorgers een aanvullende verzekering (geen tandartsverzekering) respectievelijk tandartsverzekering heeft met dezelfde premiegrondslag;
- ✓ je (verzekeringnemer) hoeft geen premie aan ons te betalen tijdens de periode dat de dekking van de aanvullende verzekering is opgeschort wegens detentie van jou.

Verzekeringsdekking algemeen

5. Wanneer heb je recht op vergoeding?

De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. En als die maatstaf ontbreekt, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

Je hebt alleen recht op vergoeding van kosten van zorg als:

- ✓ je aan alle door ons gestelde voorwaarden hebt voldaan;
- ✓ je op die zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. De te verlenen zorg of dienst moet doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn;
- ✓ je de zorg krijgt op een plaats die, gegeven de aard van de zorg en de omstandigheden, als gebruikelijk kan worden aangemerkt.

Je hebt geen recht op een hogere vergoeding van de kosten van de zorg, dan de werkelijk betaalde kosten voor die zorg.

Je mag de zorg alleen krijgen van een zorgaanbieder die door ons is aangewezen. Wie de zorg mag verlenen, is per zorgvorm aangegeven. Je hebt alsnog recht op vergoeding van kosten van zorg door een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen, als wij daar voorafgaand aan de zorgverlening toestemming voor hebben gegeven.

Voor sommige vormen van zorg hanteren wij een maximumtarief per zitting of behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De maximumtarieven gelden niet voor zorg door gecontracteerde zorgaanbieders. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders kun je vinden via www.energiek.nl/zorgzoeker. Als ons contract met een zorgaanbieder eindigt in de periode dat je van deze zorgaanbieder zorg krijgt, blijf je voor het vervolg van de behandelingenreeks recht houden op vergoeding alsof de zorgaanbieder nog wel door ons gecontracteerd is.

Als je voor de zorg btw moet betalen, geldt de vergoeding ook voor die kosten.

Specifieke beperkingen voor de aanvullende verzekeringen

6. Wanneer geldt er een wachttijd?

Na het sluiten van een aanvullende verzekering geldt een wachttijd van zes maanden. Je hebt geen recht op vergoeding van zorg die is verleend in die periode van zes maanden. De wachttijd van zes maanden is niet van toepassing als de aanvullende verzekering tegelijk met de basisverzekering wordt gesloten of als de aanvullende verzekering op 1 januari ingaat.

Bij het tussentijds (niet per 1 januari) overstappen op een aanvullende verzekering met een hogere premiegrondslag heb je in de eerste periode van zes maanden na de omzetting geen recht op de vergoeding volgens de nieuwe aanvullende verzekering. Je houdt in die periode het recht op vergoeding van de eerdere aanvullende verzekering.

Naast deze algemene wachttijd kunnen per verzekerde zorgvorm specifieke wachttijden gelden.

7. Welke algemene beperkingen van de verzekeringsdekking gelden?

Je hebt geen recht op vergoeding van kosten van zorg:

- ✓ die is verleend in het buitenland, tenzij dat nadrukkelijk anders is aangegeven in deze verzekeringsvoorwaarden;
- ✓ die vallen onder het verplicht eigen risico of het vrijwillig eigen risico, tenzij dat nadrukkelijk anders is aangegeven in deze verzekeringsvoorwaarden;
- ✓ die zijn veroorzaakt door jouw eigen grove schuld of opzet van jou;
- ✓ die zijn ontstaan tijdens jouw deelname aan een misdrijf;
- ✓ die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het beoefenen van wedstrijdsport in het buitenland;
- ✓ die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het beoefenen van gevaarlijke sporten of het beoefenen van beroeps- of semi-beroepssport;
- ✓ die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het maken van bergtochten die voor een ongeoefende niet zonder bezwaar, beoefenaar of begaanbaar zijn;
- ✓ wintersporten, behalve sleeën, schaatsen, langlaufen en skiën binnen de piste;
- ✓ van opsporing, redding en berging.

8. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?

Je hebt geen recht op vergoeding van kosten van zorg, als de schade is veroorzaakt door, opgetreden bij of is voortgevloeid uit een atoomkernreactie. Deze uitsluiting geldt niet voor schade, veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden. Daarvoor geldt wel als voorwaarde dat een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Het bepaalde in de vorige drie zinnen is niet van toepassing voor zover op grond van de Nederlandse of de buitenlandse wet iemand anders voor de geleden schade aansprakelijk is.

9. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen?

Je hebt geen recht op vergoeding van kosten van zorg:

- ✓ als je op grond van een andere overeenkomst, wet of andere voorziening recht hebt op vergoeding van kosten van die zorg;
- ✓ als je op grond van die andere overeenkomst, wet of andere voorziening recht zou hebben op vergoeding van kosten van die zorg als jouw aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan.

Een op die andere overeenkomst, wet of andere voorziening toepasselijk eigen risico of eigen bijdrage valt nooit onder de dekking van de aanvullende verzekering.

Dekking en vergoeding per zorgvorm

Brillen en lenzen

	Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
Brilvervanging	-	-	1 bril per 2 kalenderjaren bij Eyelove	1 bril per kalenderjaar bij Eyelove
of				
Bril(vervanging) en/of lenzen	-	-	maximaal € 75,- per 2 kalenderjaren	maximaal € 150,- per 2 kalenderjaren

Voor aanvullend voordeel voor jou hebben wij afspraken gemaakt met gecontracteerde optiekbedrijven. Dit klantvoordeel kun je vinden op www.energiek.nl/klantenvoordeel.

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van:

- ✓ brilglazen en lenzen op sterkte;
- ✓ een montuur, als die tegelijk met de glazen wordt aangeschaft.

In plaats daarvan kun je ook kiezen voor de volledige vergoeding van een complete bril bij Eyelove. Eyelove bepaalt de sterkte van je brilglazen aan de hand van je huidige brilglazen. Let op: je kunt niet bij alle Eyelove-vestigingen terecht voor oogmetingen.

Waar moet je op letten?

Optiekbedrijven met een gediplomeerde opticien/contactlensspecialist mogen de brillen en lenzen leveren. Dit geldt niet voor Eyelove-vestigingen.

Bij Eyelove kun je terecht voor de speciale vergoeding voor brilvervanging (een bril, geen bedrag). Kijk voor verkoopadressen op www.eyelovebrillen.nl. Op die website vind je ook welke Eyelove-vestigingen oogmetingen verrichten.

Op de nota die je indient, moet duidelijk de sterkte van de brilglazen of lenzen staan.

Fysiotherapie en oefentherapie

Algemene fysiotherapie, manuele therapie, oefentherapie

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
6 zittingen per kalenderjaar	9 zittingen per kalenderjaar	15 zittingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 zittingen manuele therapie	25 zittingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 zittingen manuele therapie

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van:

- ✓ algemene fysiotherapie;
- ✓ manuele therapie;
- ✓ oefentherapie Cesar en Mensendieck;
- ✓ littekenbehandeling;
- ✓ psychosomatische fysiotherapie en oefentherapie;
- ✓ geriatrische fysiotherapie;
- ✓ bekkenfysiotherapie;
- ✓ oedeemtherapie en lymfedrainage;
- ✓ kindfysiotherapie.

De vergoeding geldt voor de verschillende therapieën gezamenlijk.

Je hebt recht op vergoeding van zittingen in het buitenland. Voor zittingen in het buitenland gelden de tarieven voor niet-gecontracteerde zorg.

Niet elke behandeling telt als één zitting. Een zitting wordt als volgt berekend:

- ✓ telefonische zitting (en verslag) ½ zitting
- ✓ screening (en verslag) ½ zitting
- ✓ groepszitting 3-10 personen ½ zitting
- ✓ overige (gewone zittingen, intake etc.) 1 zitting

Waar moet je op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- ✓ een fysiotherapeut mag algemene fysiotherapie verlenen;
- ✓ een bekkenfysiotherapeut mag bekkenfysiotherapie verlenen;
- ✓ een geriatriefysiotherapeut mag geriatrische fysiotherapie verlenen;
- ✓ een kinderfysiotherapeut mag kinderfysiotherapie verlenen;
- ✓ een fysiotherapeut, oefentherapeut en huidtherapeut mogen littekenbehandeling geven;
- ✓ een manueel therapeut mag manuele fysiotherapie verlenen;
- ✓ een psychosomatisch fysiotherapeut mag psychosomatische fysiotherapie verlenen;
- ✓ een oedeemtherapeut en huidtherapeut mogen oedeemtherapie en lymfedrainage verlenen;
- ✓ een oefentherapeut (Cesar of Mensendieck) mag algemene oefentherapie verlenen;
- ✓ een psychosomatische oefentherapeut mag psychosomatische oefentherapie verlenen;
- ✓ een kinderoefentherapeut mag kinderoefentherapie verlenen.

Je moet een verwijzing hebben van een huisarts of een medisch specialist:

- ✓ voor behandeling voor een aandoening die staat op de Lijst Chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie. De Lijst Chronische aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie is te vinden op www.energiek.nl/fysiotherapie. Op verzoek sturen wij deze toe;
- ✓ voor behandeling door een bekkenfysiotherapeut in verband met urine-incontinentie.

De verwijzing moet een toelichting bevatten, waaruit duidelijk de behoefte aan die vorm van fysiotherapie blijkt. Als je naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, moet je een kopie van de verwijzing meesturen met het indienen van de eerste nota.

Moet je bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Je hebt recht op volledige vergoeding van behandelingen door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Voor behandelingen door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, geldt een maximumvergoeding per behandeling. De tarievenlijst met maximumvergoedingen kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/tarieven. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor jouw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Beweegprogramma

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	1 beweegprogramma per kalenderjaar	1 beweegprogramma per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van een beweegprogramma, als je tot een bepaalde doelgroep behoort. Een beweegprogramma richt zich op het ontwikkelen van een gezonde en actieve leefstijl. Het programma wordt vastgesteld aan de hand van jouw persoonlijke situatie. Het is een intensief programma waar je gemotiveerd aan moet beginnen met eigen inzet en verantwoordelijkheid voor je gezondheid. Fysiofitness valt niet onder het beweegprogramma.

Een beweegprogramma vindt in groepsverband plaats en duurt drie maanden. Je begint met een intakegesprek met jouw zorgaanbieder. De zorgaanbieder bepaalt of je in aanmerking komt voor het beweegprogramma. De zorgaanbieder neemt een aantal testen bij je af. De testen laten zien wat jouw beperkingen zijn en wat kan worden verbeterd. Daarmee kan jouw zorgaanbieder met jou het beweegprogramma op maat samenstellen. Je krijgt een persoonlijk trainingsschema met advies mee om zelf te gaan sporten en bewegen. Na afloop van het beweegprogramma neemt jouw zorgaanbieder opnieuw testen af en krijg je een definitief beweegadvies mee.

Doelgroepen

Je hebt alleen recht op vergoeding als je tot een van de volgende doelgroepen behoort:

- ✓ je bent jonger dan 18 jaar en
 - hebt een chronische en/of langdurige aandoening;
 - hebt obesitas met een BMI van >30 (ook als het beweegprogramma onderdeel is van een preventief programma);
- ✓ je bent 18 jaar of ouder en
 - hebt diabetes mellitus type II;
 - hebt een indicatie voor CVRM – cardiovasculair risicomangement;
 - hebt COPD – gold I, II of III;
 - hebt artrose van de heup en/of de knie;
 - bent ouder dan 55 jaar en hebt een indicatie voor valpreventie (onder andere bij osteoporose);
 - hebt chronische specifieke lage rugklachten, die minimaal drie keer per jaar terugkomen;
 - hebt reumatoïde artritis;
 - hebt obesitas met een BMI > 30.

Waar moet je op letten?

Alleen een door ons gecontracteerde zorgaanbieder mag de zorg verlenen. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Je hebt een verwijzing nodig van een huisarts.

Bij aanvang van het beweegprogramma moet je aan jouw zorgaanbieder een eigen bijdrage betalen van € 30,- euro.

Aan het eind van het door jou voltooide programma krijg je deze eigen bijdrage terug in de vorm van korting op fysiofitness bij dezelfde zorgaanbieder.

Alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	80% tot maximaal € 250,- per kalenderjaar	80% tot maximaal € 350,- per kalenderjaar	80% tot maximaal € 550,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Alternatieve geneesmiddelen

Je hebt recht op vergoeding van antroposofische en homeopathische middelen die zijn opgenomen in de Z-index. Via www.cbg-meb.nl onder het kopje 'geneesmiddeleninformatiebank voor mensen' kun je opzoeken of het middel in de Z-index is opgenomen.

Alternatieve geneeswijzen

Je hebt recht op vergoeding van de volgende alternatieve geneeswijzen:

- ✓ acupunctuur;
- ✓ antroposofie;
- ✓ chiropractie;
- ✓ gestalttherapie;
- ✓ haptotherapie;
- ✓ (klassieke) homeopathie;
- ✓ manuele geneeskunde;

- ✓ natuurgeneeswijzen;
- ✓ neurofeedback;
- ✓ osteopathie.

Let op: de zorgaanbieder moet voldoen aan de voorwaarden van de 'Lijst Alternatieve zorgaanbieders'.

Waar moet je op letten?

Een apotheek en apotheekhoudende huisarts mogen de geneesmiddelen leveren.

Zorgaanbieders die voldoen aan de voorwaarden van de 'Lijst Alternatieve zorgaanbieders' mogen de alternatieve geneeswijzen verlenen. De actuele lijst kun je bekijken en downloaden via www.energiek.nl/alternatievegeneeswijzen. Op verzoek zenden wij de lijst toe.

Voor vergoeding van alternatieve geneesmiddelen moet je een recept hebben van een alternatieve zorgaanbieder die voldoet aan de voorwaarden van de 'Lijst Alternatieve zorgaanbieders' of van een arts.

Geneesmiddelenzorg

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	maximaal € 150,- per kalenderjaar	maximaal € 300,- per kalenderjaar	maximaal € 450,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor geneesmiddelenzorg bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de geneesmiddelen en de wettelijke eigen bijdrage gezamenlijk.

Let op: het eigen risico van de basisverzekering vergoeden wij niet.

Wettelijke eigen bijdrage

Je hebt recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage van geneesmiddelenzorg als het gebruik van de geneesmiddelen minimaal drie maanden achter elkaar medisch noodzakelijk is. De wettelijke eigen bijdrage voor anticonceptiemiddelen valt hier niet onder.

Maagzuurremmers

Je hebt recht op vergoeding van maagzuurremmers, inclusief combinatiepreparaten die een maagzuurremmer bevatten die zijn opgenomen in de Z-index.

Overige geregistreerde geneesmiddelen

Je hebt recht op vergoeding van overige geregistreerde geneesmiddelen. Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

- ✓ het gebruik is minimaal drie maanden achter elkaar medisch noodzakelijk en;
- ✓ er bestaat geen geschikt alternatief geneesmiddel voor vergoeding vanuit de basisverzekering en;
- ✓ het is geen zelfzorggeneesmiddel en geen alternatief geneesmiddel als bedoeld in deze verzekeringsvoorwaarden en;
- ✓ volgens het Farmacotherapeutisch Kompas van het College voor Zorgverzekeringen is sprake van een indicatie die past bij de aandoening waarvoor het geneesmiddel is voorgeschreven. Het Farmacotherapeutisch Kompas van het College van Zorgverzekeringen is te raadplegen via www.fk.cvz.nl.

Waar moet je op letten?

Een gecontracteerde apotheker en gecontracteerde apotheekhoudende huisarts mogen de geneesmiddelen verstrekken. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Voor maagzuurremmers en overige geregistreerde geneesmiddelen heb je een recept van een huisarts of medisch specialist nodig.

Voor vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage en van overige geregistreerde geneesmiddelen heb je toestemming van ons nodig. Bij de aanvraag voor de vergoeding moet je (een kopie van) het voorschrift meesturen.

Gezinsplanning

Kraampakket

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	ja	ja

Wat is de dekking?

Je hebt recht op een kraampakket, als je ten minste 24 weken zwanger bent. Het kraampakket bestaat uit:

- ✓ onderleggers;
- ✓ kraammatrassen;
- ✓ een steriele navelklem;
- ✓ gaaskompressen;
- ✓ kraamverband;
- ✓ een flesje alcohol;
- ✓ verbandwatten;
- ✓ wondkompressen.

Waar moet je op letten?

Je moet het kraampakket tijdig bij ons aanvragen. Dat kan telefonisch bij de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088 en via het aanmeldformulier op www.energiek.nl/zorgadvies. Het kraampakket wordt bezorgd vanaf de 34e week van de zwangerschap.

Bevalling in een ziekenhuis/geboortecentrum zonder medische noodzaak

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	100%	100%

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor een bevalling zonder medische indicatie in het ziekenhuis of een door ons gecontracteerd geboortecentrum.

Vergoeding eigen bijdrage voor kraamzorg

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	100%	100%

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg.

Begeleiding bij borstvoeding

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	maximaal € 100,- per bevalling	maximaal € 150,- per bevalling

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van individueel advies en begeleiding bij het geven van borstvoeding.

Waar moet je op letten?

Een lactatiekundige IBCLC die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) mag het advies en de begeleiding geven.

TENS bij bevalling

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	-	100%

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van de huur van een TENS (Transcutane Electro Neuro Stimulatie) en toebehoren voor pijnvermindering bij bevalling. Je mag zelf bepalen waar je de TENS huurt.

Zwangerschapscursussen en moederbegeleiding

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	maximaal € 100,- per zwangerschap	maximaal € 100,- per zwangerschap

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van cursussen voor zwangerschap en bevalling en van moederbegeleiding, zoals zwangerschapsgymnastiek, zwangerschapsyoga, zwangerschapsmassage, het Moeder Fit programma of een Doula.

Waar moet je op letten?

Een professionele aanbieder mag de zwangerschapscursussen of moederbegeleiding geven. De Doula moet lid zijn van de Nederlandse Beroepsvereniging van Doula's.

Anticonceptiemiddelen

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
maximaal € 100,- per kalenderjaar	maximaal € 100,- per kalenderjaar	100%	100%

Wat is de dekking?

Voor anticonceptiemiddelen bieden wij de volgende dekking. De dekking geldt voor de verschillende onderdelen samen.

Anticonceptiemiddelen

Je hebt recht op vergoeding van de volgende anticonceptiemiddelen:

- ✓ de anticonceptiepil;
- ✓ de prikpil;
- ✓ het spiraal;
- ✓ de hormonale anticonceptiepleister;
- ✓ de hormoonring;
- ✓ het anticonceptiestaafje;
- ✓ het pessarium en diafragma;

- ✓ de Femcap;
- ✓ siliconenkapje.

De kosten van het inbrengen van deze middelen vallen hier niet onder.

Per voorschrift vergoeden wij de anticonceptiepil voor een periode van maximaal 12 maanden.

Wettelijke eigen bijdrage anticonceptiemiddelen

Je hebt recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor anticonceptiemiddelen.

Let op: het eigen risico van de basisverzekering vergoeden wij niet.

Waar moet je op letten?

Een gecontracteerde apotheker en gecontracteerde apotheekhoudende huisarts mogen de anticonceptiemiddelen verstrekken.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Je hebt een recept van een huisarts of medisch specialist nodig.

Sterilisatie

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	-	gecontracteerde zorg: 100%; niet-gecontracteerde zorg: maximaal € 500,- voor de totale behandeling

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van sterilisatie.

Waar moet je op letten?

Een (gecontracteerd) ziekenhuis mag de zorg verlenen. Gecontracteerde zorg is zorg door een ziekenhuis waarmee wij speciaal voor het verrichten van sterilisaties afspraken hebben gemaakt. Ziekenhuizen waarmee wij algemene afspraken voor medisch specialistische zorg hebben gemaakt, vallen hier niet onder. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Specialistische zorg

MammaPrint

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
100%	100%	100%	100%

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van een MammaPrint. De MammaPrint is een onderzoek dat uitsluitsel kan geven over hoe agressief een borsttumor is. Jouw medisch specialist kan mede hierdoor bepalen of chemotherapie na het verwijderen van een tumor nodig is.

Waar moet je op letten?

Een ziekenhuis mag de zorg verlenen.

Voor vergoeding van een MammaPrint moet je een voorschrift hebben van een medisch specialist. Uit het voorschrift moet blijken dat jouw medisch specialist vindt dat de MammaPrint in jouw situatie een meerwaarde biedt ten opzichte van de huidige behandelrichtlijnen. Bij het indienen van de nota moet je een kopie van het voorschrift meesturen.

Preventie

Stoppen met roken

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	maximaal € 100,- per 3 kalenderjaren	maximaal € 200,- per 3 kalenderjaren

Wat is de dekking?

Je hebt één keer per drie kalenderjaren recht op vergoeding van een Allen Carr cursus of een laserbehandeling van Prostop.

Waar moet je op letten?

De behandeling moet worden gegeven door Allen Carr of door Prostop.

Sportmedisch advies

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	maximaal € 125,- per kalenderjaar	maximaal € 250,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van sportmedisch onderzoek en (sportblessure)consulten. Wij vergoeden onder Sportmedisch advies geen keuringen, zoals een rijbewijs-, vliegers-, ballonvaarders-, en duikerskeuring.

Waar moet je op letten?

Een sportmedische instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI) mag de zorg verlenen.

Gezondheidsonderzoek met leefstijladvies

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	-	100%. 1 keer per 3 kalenderjaren

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van één gezondheidsonderzoek per drie kalenderjaren. Het onderzoek omvat:

- ✓ een bloedonderzoek op glucose;
- ✓ een bloedonderzoek op volledig lipidenbeeld (= uitgesplitst cholesterol);
- ✓ een bloeddrukmeting;
- ✓ een longfunctiemeting;
- ✓ de bepaling van je BMI (Body Mass Index).

Zorgaanbieder

Een healthconsulent van Care for human mag de zorg verlenen. De adressen van Care for human-consulenten vind je via www.careforhuman.nl.

Gezondheids cursussen

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	75% tot maximaal € 100,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 150,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor gezondheids cursussen bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de gezondheids cursussen gezamenlijk.

Algemene gezondheids cursussen

Je hebt recht op vergoeding van een gezondheids cursus als de cursus voor jezelf is of om een naaste te ondersteunen en moet speciaal gericht zijn op het helpen voorkomen van ziekte of om leefgewoonten te verbeteren of om functieverlies of -beperking te voorkomen.

Welke cursussen komen hiervoor in aanmerking? Een aantal voorbeelden:

- ✓ EHBO en reanimatie. De cursus mag geen werkrelatie hebben, dus geen opleiding voor BHV;
- ✓ Kinder EHBO; cursus voor ongevallen met kinderen thuis;
- ✓ Vrij van alcohol; training georganiseerd door De Helderheid;
- ✓ Gezond en Fit; internetcursus van de NTI;
- ✓ Dementie de Baas; cursus voor mantelzorger en verzorgde met dementie;
- ✓ PEPP; cursus voor mantelzorger en verzorgde met Parkinson.

Welke cursussen komen niet in aanmerking? Hieronder vind je een aantal voorbeelden:

- ✓ vrijetijdsbesteding zoals sporttrainingen, yoga, tai chi en meditatie;
- ✓ boeken die een cursus ondersteunen.

Waar moet je op letten?

Een professionele aanbieder van gezondheids cursussen mag de cursus geven, bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie, reumavereniging, diabetesvereniging of de Nederlandse Hartstichting.

Je moet een kopie van het diploma of certificaat van deelname meesturen met de nota.

Hulpmiddelen

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	maximaal € 100,- per kalenderjaar	maximaal € 200,- per kalenderjaar	maximaal € 300,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor hulpmiddelen bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Heupprotectoren

Je hebt recht op vergoeding van heupprotectoren. Voorwaarde is dat je een voorschrift hebt van een arts. Bij het indienen van de nota moet je een kopie van het voorschrift meesturen.

Hoorapparaten

Je hebt recht op vergoeding van kosten van de wettelijke eigen bijdrage van hoorapparaten en (tinnitus)maskeerders. Voorwaarde is dat je het hoorapparaat hebt gekocht bij een door ons gecontracteerde zorgaanbieder.

Plaswekker

Je hebt recht op vergoeding van aanschaf of huur van een plaswekker. Voorwaarde is dat je een voorschrift hebt van een arts. Bij het indienen van de nota moet je een kopie van het voorschrift meesturen.

Pruiken

Je hebt recht op vergoeding van kosten van een pruik die voor jouw rekening blijven na de wettelijke maximale vergoeding vanuit de basisverzekering. Voorwaarde is dat je de pruik hebt gekocht bij een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Redressiehelmen

Je hebt recht op vergoeding van kosten van een redressiehelm voor behandeling van asymmetrische afplatting van het achterhoofd (plagiocefalie) en afplatting centraal op het achterhoofd (brachycefalie) van pasgeborenen. Er mag geen sprake zijn van vroegtijdig sluiten van de schedelnaden (cranosynostose). Voorwaarde is dat je een voorschrift hebt van een medisch specialist. Bij het indienen van de nota moet je een kopie van het voorschrift meesturen.

Waar moet je op letten?

Een leverancier van hulpmiddelen mag de hulpmiddelen leveren.

Verblijf

Hospice

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	€ 35,- per dag voor maximaal 2 maanden per kalenderjaar	€ 35,- per dag voor maximaal 2 maanden per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Je hebt recht op de vergoeding van verblijf in een hospice voor kortdurende opvang van terminale patiënten in een specifiek daarvoor ingerichte omgeving tot maximaal twee maanden per kalenderjaar.

Waar moet je op letten?

Een 'Bijna Thuis Huis', een zelfstandig hospice of een hospice-unit van een verpleeghuis en een ziekenhuis mogen het verblijf bieden.

Kuuroord

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	75% tot maximaal € 700,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 1.200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Je hebt recht op de vergoeding van verblijf en de gevolgd kuren in een kuuroord tot maximaal 21 dagen per kalenderjaar. Als voorwaarde voor vergoeding geldt dat je moet lijden aan een ernstige vorm van reumatoïde artritis, een ernstige vorm van de ziekte van Bechterew of een ernstige vorm van artritis psoriatica. De vergoeding geldt alleen voor kosten van de overnachtingen en de kuren.

De vergoeding geldt niet voor:

- ✓ het vervoer van, naar en tijdens het verblijf;
- ✓ eten en drinken tijdens de reis en het verblijf;
- ✓ alle overige kosten.

Waar moet je op letten?

Deze zorgaanbieders mogen het verblijf en de zorg verlenen:

- ✓ in Nederland:
 - Fontana Nieuweschans en Thermaalbad Arcen;
- ✓ in het buitenland:
 - Slowakije: Piestany;
 - Oostenrijk: Bad Hofgastein;
 - Duitsland: Bad Bentheim, Bad Pyrmont, Drilburg (Caspar Heinrich kliniek);
 - als het verblijf is georganiseerd door één van de bij de Nederlandse Branchevereniging Aangepaste Vakanties (NBAV) aangesloten organisaties;
- ✓ een ander kuuroord na schriftelijke toestemming vooraf van ons.

Je moet een verwijzing hebben van je reumatoloog of huisarts na diagnosebevestiging door de reumatoloog.

Voor vergoeding van het verblijf en de kuren heb je toestemming van ons nodig. Bij de aanvraag voor de vergoeding moet je een kopie van de verwijzing meesturen.

Therapeutisch vakantiecamp

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	75% tot maximaal € 100,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Je hebt recht op de vergoeding van een therapeutisch vakantiecamp als je jonger bent dan 18 jaar. Het kamp moet speciaal gericht zijn op kinderen met een ziekte, aandoening of handicap. Het kamp moet zijn georganiseerd door:

- ✓ Stichting Gezond Gewicht (Dikke Vrienden Kampen);
- ✓ Vereniging voor mensen met constitutioneel eczeem;
- ✓ Stichting De Ster (Ster- en Maankampen);
- ✓ Diabetes Vereniging Nederland (SugarKids-Club);
- ✓ Stichting Lekker Vel;
- ✓ Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- ✓ Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
- ✓ Nederlandse Hartstichting en De Hart&Vaatgroep.

Vervoer en ziekenbezoek

Ziekenvervoer

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	-	maximaal € 200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Je hebt recht op de vergoeding van vervoer vanaf jouw woonadres naar de plaats waar je zorg krijgt in Nederland. Er moet sprake zijn van zorg die wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

Als voorwaarde geldt dat het medisch gezien niet verantwoord is dat je zelf met eigen vervoermiddel reist naar de plaats van de behandeling. Je bent dan aangewezen op het openbaar vervoer. Alleen als het reizen per openbaar vervoer voor jou ook niet medisch verantwoord is, heb je recht op vergoeding van vervoer per taxi of met een particuliere auto. Het aantal kilometers berekenen wij aan de hand van de snelste route volgens de routeplanner van de ANWB (route.anwb.nl/routeplanner).

Je hebt recht op vergoeding van één begeleider als de begeleiding medisch noodzakelijk is.

Binnen de maximale vergoeding per kalenderjaar vergoeden wij:

- ✓ de wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer;
- ✓ de kosten van openbaar vervoer met de laagste klasse;
- ✓ de kosten van vervoer met een door ons gecontracteerde taxivervoerder;
- ✓ € 0,70 per kilometer voor vervoer door een niet-gecontracteerde taxivervoerder;
- ✓ € 0,30 per kilometer voor vervoer met een particuliere auto.

Waar moet je op letten?

Je moet een voorschrift hebben van je huisarts of medisch specialist. Uit het voorschrift moet blijken welke manier van reizen voor jou medisch gezien niet verantwoord is. Een kopie van het voorschrift en de afsprakenkaart moet je meezenden bij het indienen van de nota.

Voor vergoeding van vervoer van een begeleider heb je toestemming van ons nodig. Bij de aanvraag voor de vergoeding moet je (een kopie van) de verwijzing en een toelichting van de verwijzer op de noodzaak van de begeleiding meesturen.

Reiskosten bij ziekenbezoek

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	-	€ 0,30 per kilometer tot maximaal € 300,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Je hebt recht op de vergoeding van vervoer voor maximaal drie ziekenbezoeken per week door een gezinslid dat op hetzelfde adres als jij woont en bij ons is verzekerd. Het recht op vergoeding gaat in met ingang van de 15de dag dat je aaneengesloten voor behandeling bent opgenomen in een ziekenhuis in Nederland. Er moet sprake zijn

van zorg die (gedeeltelijk) wordt vergoed vanuit de basisverzekering. De afstand tussen jouw woonadres en het ziekenhuis moet minimaal 40 km zijn. Het aantal kilometers berekenen wij aan de hand van de snelste route volgens de routeplanner van de ANWB (route.anwb.nl/routeplanner).

Logeerhuis

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	maximaal € 25,- per dag tot maximaal € 250,- per kalenderjaar	maximaal € 25,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van verblijf in een logeerhuis van een of meer bezoekende gezinsleden. Het gezinslid moet op hetzelfde adres als jij wonen en bij ons verzekerd zijn. Er moet sprake zijn van verblijf in een logeerhuis, omdat jij bent opgenomen in een ziekenhuis. De maximale vergoeding geldt voor het totaal aantal bezoekende gezinsleden dat verblijft in het logeerhuis.

Het logeerhuis moet zijn verbonden aan het ziekenhuis. Als er geen logeerhuis in de buurt is of er is geen plaats beschikbaar, dan heb je recht op vergoeding van verblijf in een pension.

Een voorbeeld van een logeerhuis is een Ronald McDonald Huis.

Waar moet je op letten?

Bij het indienen van de nota moet je een bewijs van opname meesturen.

Kinderopvang bij ziekenhuisopname

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	maximaal € 20,- per dag vanaf de 11e dag van opname voor maximaal drie maanden	maximaal € 20,- per dag vanaf de 11e dag van opname voor maximaal drie maanden

Wat is de dekking?

Je hebt recht op de vergoeding van kinderopvang vanaf de 11e dag dat je aaneengesloten voor zorg bent opgenomen in een ziekenhuis. De vergoeding geldt voor een periode van maximaal drie maanden. Er moet sprake zijn van zorg die wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Je kinderen moeten jonger zijn dan 12 jaar en ook bij ons verzekerd zijn.

De vergoeding geldt alleen voor kinderopvang in verband met jouw opname. De vergoeding geldt niet voor het aantal uren kinderopvang dat normaal al was geregeld los van de ziekenhuisopname.

Waar moet je op letten?

Alleen kindercentra en gastouderbureaus die zijn opgenomen in het landelijk register kinderopvang (www.landelijkregisterkinderopvang.nl) mogen de opvang bieden.

Uiterlijke verzorging

Voetverzorging

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	75% tot maximaal € 125,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 250,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor voetverzorging bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Podotherapie, podologie

Je hebt recht op vergoeding van podotherapie en podologie.

Steunzolen

Je hebt recht op vergoeding van steunzolen.

Pedicurebehandeling

Je hebt recht op pedicurebehandeling als sprake is van een medische noodzaak of als je als gevolg van een lichamelijke beperking niet in staat bent om je eigen voeten te verzorgen.

Waar moet je op letten?

Een podotherapeut mag de podotherapie verlenen.

Een podoloog mag podologie verlenen.

Een pedicure mag de pedicurebehandeling verlenen.

De steunzolen moet je aanschaffen bij een podotherapeut, een podoloog of een leverancier van hulpmiddelen die is aangesloten bij de Nederlandse vereniging orthopedische schoentechnici (NVOS) en is erkend door de Stichting Erkenningregeling leveranciers Medische Hulpmiddelen (SEMH).

Voor een pedicurebehandeling heb je een verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist. Uit de verwijzing moet de medische noodzaak of de lichamelijke beperking blijken waardoor je je eigen voeten niet kunt verzorgen. Een kopie van de verwijzing moet je meesturen bij het indienen de eerste nota.

Gezichtsverzorging

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	75% tot maximaal € 200,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 300,- per kalenderjaar	75% tot maximaal € 400,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor gezichtsverzorging bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Acnebehandeling

Je hebt recht op vergoeding van acnebehandeling bij ernstige vormen van acne in je gezicht of hals.

Litteken- en huidvlekkenbehandeling

Je hebt recht op vergoeding van litteken- en huidvlekkenbehandeling bij sterk ontsierende littekens of huidvlekken van je gezicht of hals.

Ontharing

Je hebt recht op vergoeding van ontharing als je last hebt van een ernstige vorm van overbeharing van je gezicht of hals.

Waar moet je op letten?

Een huidtherapeut mag alle zorg verlenen.

Een schoonheidsspecialiste in bezit van het 'kernlidmaatschap' van de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) mag alleen de volgende zorg verlenen:

- ✓ acnebehandeling, op voorwaarde dat de schoonheidsspecialiste ook in het bezit is van de specialisatie 'Acne';
- ✓ camouflagetherapie, op voorwaarde dat de schoonheidsspecialiste ook in het bezit is van de specialisatie 'camouflage' of 'permanente make-up';
- ✓ elektrische epilatie, op voorwaarde dat de schoonheidsspecialiste ook in het bezit is van de specialisatie 'elektrisch ontharen'.

Je hebt een verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist. Voor vergoeding van de zorg gedurende meerdere jaren, heb je elk jaar een nieuwe verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist.

Voor vergoeding van gezichtsverzorging heb je toestemming van ons nodig. Bij de aanvraag voor de vergoeding moet je (een kopie van) de verwijzing en foto's van je gezicht en hals meesturen.

Ooglasering

Start *	Extra **	Plus ***	Top ****
-	-	-	maximaal € 500,- voor de totale behandeling van beide ogen samen

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van ooglaserverhandeling.

Waar moet je op letten?

Een ziekenhuis en een oogkliniek mogen de behandeling geven.

Lensimplantaties

Start *	Extra **	Plus ***	Top ****
-	-	-	maximaal € 500,- voor de totale behandeling van beide ogen samen

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van lensimplantaties. Dit geldt niet voor lensimplantaties die voor vergoeding op grond van de basisverzekering in aanmerking komen.

Waar moet je op letten?

Een ziekenhuis en een oogkliniek mogen de behandeling geven.

Ooglidcorrectie

Start *	Extra **	Plus ***	Top ****
-	-	-	gecontracteerde zorg: 100%; niet-gecontracteerde zorg: € 500,- voor de totale behandeling van beide ogen samen

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van correctie van verslachte of verlamde bovenoogleden. Daarvoor geldt als voorwaarde dat je een aanzienlijke beperking van jouw gezichtsvermogen door de verlamde of verslachte oogleden hebt.

Waar moet je op letten?

Een ziekenhuis en een oogkliniek mogen de zorg verlenen. Gecontracteerde zorg is zorg door een ziekenhuis of oogkliniek waarmee wij speciaal voor het verrichten van ooglidcorrecties afspraken hebben gemaakt. Ziekenhuizen en klinieken waarmee wij algemene afspraken voor medisch specialistische zorg hebben

gemaakt, vallen hier niet onder. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Je hebt een verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist.

Voor vergoeding van een ooglidcorrectie heb je toestemming van ons nodig. Bij de aanvraag voor de vergoeding moet je (een kopie van) de verwijzing meesturen en foto's waarop de gezichtsbeperking duidelijk te zien is.

Spataderbehandeling

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	-	maximaal € 200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van behandeling van spataderen (flebologie). Dit geldt niet voor de behandeling die voor vergoeding op grond van de basisverzekering in aanmerking komt.

Waar moet je op letten?

Een medisch specialist die werkt als fleboloog mag de spataderbehandeling verlenen.

Je hebt een verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist. Bij het indienen van de nota moet je een kopie van de verwijzing meesturen.

Oorstandcorrectie

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	-	gecontracteerde zorg: 100%; niet-gecontracteerde zorg: € 1.250,- voor de totale behandeling van beide oren samen

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van een correctie van de oorstand als je jonger bent dan 18 jaar.

Waar moet je op letten?

Een (gecontracteerd) ziekenhuis mag de zorg verlenen. Gecontracteerde zorg is zorg door een ziekenhuis waarmee wij speciaal voor het verrichten van oorstandcorrecties afspraken hebben gemaakt. Ziekenhuizen waarmee wij algemene afspraken voor medisch specialistische zorg hebben gemaakt, vallen hier niet onder. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl/zorgzoeker. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088

Buitenland

Alarmcentrale

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
100%	100%	100%	100%

Wat is de dekking?

Je hebt recht op hulp en advies van de alarmcentrale als je zorg nodig hebt tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Onze alarmcentrale coördineert de zorg en kan je een ziekenhuis of andere zorgaanbieder wijzen. Ook kun je informatie krijgen over de vergoeding van de zorg.

Waar moet je op letten?

Je moet binnen 24 uur of zo snel mogelijk nadat de behoefte aan de zorg is ontstaan, contact opnemen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer van onze alarmcentrale is +31 (0)570 687 044; het e-mailadres van onze alarmcentrale is alarmcentrale@energiek.nl.

Vaccinaties

Start ✨	Extra ✨✨	Plus ✨✨✨	Top ✨✨✨✨
-	-	-	maximaal € 250,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van geneesmiddelen, inentingen en de daarvoor nodige consulten om het krijgen van een ziekte in het buitenland te voorkomen. Je hebt alleen recht op vergoeding van vaccinaties en geneesmiddelen als deze nodig zijn volgens het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR). Jouw zorgaanbieder moet de medische noodzaak hebben vastgesteld op basis van jouw persoonlijke situatie.

Waar moet je op letten?

Een huisarts of een vaccinatiebureau dat voldoet aan de kwaliteitseisen zoals het LCR, de GGD, Meditel, Thuisvaccinatie.nl en Travel Health Clinics, mogen de zorg verlenen. Adressen kun je vinden via www.lcr.nl/Adressen.

Apothekers en apotheehoudende huisartsen mogen de stoffen voor vaccinaties en geneesmiddelen leveren op basis van een recept.

Spoedeisende zorg in het buitenland, medisch noodzakelijke terugreis en vervoer overleden

Start ✨	Extra ✨✨	Plus ✨✨✨	Top ✨✨✨✨
100% voor zorg in een EU-, EER of Verdragsland (geen dekking in rest van de wereld)	100% voor zorg in een EU-, EER of Verdragsland (geen dekking in rest van de wereld)	100% voor zorg in een EU-, EER of Verdragsland. In de rest van de wereld maximaal € 20.000,- per kalenderjaar	100% voor zorg in een EU-, EER of Verdragsland. In de rest van de wereld maximaal € 20.000,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Als je tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland spoedeisende zorg nodig hebt of als vervoer naar Nederland medisch noodzakelijk is of als je komt te overlijden, bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Spoedeisende zorg

Je hebt recht op vergoeding van spoedeisende zorg. Het moet gaan om zorg die valt onder de dekking van de basisverzekering, maar die niet volledig vanuit de basisverzekering wordt vergoed. Er is sprake van spoedeisende zorg als het naar ons oordeel gaat om onvoorziene zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot jouw terugkeer in Nederland.

Medisch noodzakelijke terugreis

Je hebt recht op vergoeding van medisch noodzakelijk vervoer naar Nederland. Er is sprake van een medische noodzaak als naar ons oordeel de zorg ter plaatse niet goed mogelijk of medisch

onverantwoord is of veel duurder is dan in Nederland. Je bent verplicht om mee te werken aan het vervoer als wij dat noodzakelijk vinden en jouw toestand dat toelaat.

Vervoer stoffelijk overschot

Jouw nabestaanden hebben recht op vergoeding van vervoer van jouw stoffelijk overschot vanaf de plaats van overlijden naar Nederland. Hieronder vallen de kosten van het transport zelf en de kosten van extra diensten die vereist zijn voor het transport.

Waar moet je op letten?

Jij of, in geval overlijden, je nabestaanden moeten binnen 24 uur of zo snel mogelijk nadat de behoefte aan de zorg is ontstaan, contact opnemen met onze alarmcentrale. De alarmcentrale coördineert de zorg.

Overige zorg

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	maximaal € 100,- per kalenderjaar	maximaal € 200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Onder de noemer Overige zorg bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Nachtelijke thuiszorg voor stervenden

Je hebt recht op vergoeding van vrijwilligershulp voor nachtelijke thuiszorg voor stervenden voor een periode van maximaal één maand. Vrijwilligers van een organisatie die is aangesloten bij de vereniging Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ Nederland) mogen de zorg verlenen.

Medische rijbewijskeuring

Je hebt recht op vergoeding van een verplichte medische keuring voor de vernieuwing van je rijbewijs. Een arts mag de keuring verrichten.

Therapeutisch zwemmen

Je hebt recht op vergoeding van zwemmen in extra verwarmd water als dat therapeutisch noodzakelijk is. Je moet gebruik maken van een speciaal voor dat doel extra verwarmd zwembad. Voor vergoeding van therapeutisch zwemmen heb je een voorschrift nodig van je huisarts of medisch specialist. Uit het voorschrift moet blijken dat het zwemmen in extra verwarmd water therapeutisch noodzakelijk is. Bij het indienen van de nota moet je een kopie van het voorschrift meesturen.

Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor sociale alarmering

Je hebt recht op vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur voor sociale alarmering. Een leverancier van hulpmiddelen mag de zorg verlenen.

Zorg voor vrouwen

Je hebt recht op de vergoeding van een adviesgesprek met een consulent van Care for Women. Bijvoorbeeld als je:

- ✓ hormonale klachten hebt;
- ✓ maandelijkse buikkrampen voorafgaand aan de menstruatie hebt;
- ✓ vragen hebt over de anticonceptiepil;
- ✓ moeite hebt met zwanger worden;
- ✓ klachten over opvliegers of stemmingswisselingen tijdens de overgang hebt;
- ✓ last hebt van urineverlies;
- ✓ al maandenlang slecht slaapt;
- ✓ geconfronteerd wordt met borstkanker.

Een consulent van Care for Women mag de zorg leveren. De consulenten zijn te vinden op www.careforwomen.nl. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Herstel en balans

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	maximaal € 500,- per kalenderjaar	maximaal € 750,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van het revalidatieprogramma Herstel en Balans®. Dit is een groepsprogramma voor mensen met kanker en omvat lichaamstraining en voorlichting. Het programma is gericht op minder klachten na de kankerbehandeling en op een betere kwaliteit van leven.

Waar moet je op letten?

Een zorgaanbieder met een licentie voor Herstel en Balans van de Stichting Herstel en Balans mag de zorg verlenen.

Voor vergoeding van Herstel en Balans heb je een verwijzing nodig van een medisch specialist. Bij het indienen van de nota moet je een kopie van de verwijzing meesturen.

Mantelzorgmakelaar

Start ☆	Extra ☆☆	Plus ☆☆☆	Top ☆☆☆☆
-	-	80% tot maximaal € 250,- per kalenderjaar	80% tot maximaal € 350,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Je hebt recht op vergoeding van de inzet van een mantelzorgmakelaar. Een mantelzorgmakelaar kan regeltaken overnemen van mantelzorgers, zodat zij minder worden belast. Je kunt een mantelzorgmakelaar inschakelen als je mantelzorg ontvangt of als je mantelzorger bent.

De kosten van de inzet van de mantelzorgmakelaar kunnen niet door de mantelzorger én door degene die de mantelzorg krijgt, worden gedeclareerd.

Waar moet je op letten?

De mantelzorgmakelaar moet zijn ingeschreven in het kwaliteitsregister van de Beroepsvereniging van mantelzorgmakelaars (BMZM).



Tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus, TandTop

Specifieke bepalingen voor de tandartsverzekering

De afspraken uit het hoofdstuk Algemene bepalingen zijn van toepassing op de basisverzekering, de aanvullende verzekeringen en de tandartsverzekeringen, tenzij ze uitdrukkelijk alleen gelden voor de basisverzekering. Op de tandartsverzekeringen zijn daarnaast de bepalingen van toepassing uit het hoofdstuk Specifieke bepalingen voor de aanvullende verzekering, met uitzondering van de bepalingen onder het kopje 'dekking en vergoeding per zorgvorm'. Verder zijn op de tandartsverzekering de bepalingen in dit hoofdstuk, Tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus, TandTop, van toepassing. Alle bijlagen waar in de toepasselijke voorwaarden naar wordt verwezen, maken onderdeel uit van de tandartsverzekering.

Tandartsverzekering sluiten

Geldt er een medische selectie?

Als je (verzekeringnemer) de TandTop-tandartsverzekering wilt sluiten, kunnen wij van jou (verzekeringnemer) verlangen dat je (verzekeringnemer) een verklaring afgeeft over de te verwachten behandelingen en het tandartsbezoek van de te verzekeren personen. In dat geval sluiten wij alleen een TandTop-tandartsverzekering als je hebt ingestemd met de Verklaring TandTop.

Als in strijd met de waarheid is ingestemd met deze verklaring, bestaat er geen recht op vergoeding. Ook kunnen wij de verzekering per direct beëindigen. Wij passen geen medische selectie toe als de te verzekeren persoon in 2012 al een aanvullende verzekering bij ons had.

Dekking en vergoeding

TandExtra ❁	TandPlus ❁❁	TandTop ❁❁❁
80% tot maximaal € 250,- per kalenderjaar	80% tot maximaal € 500,- per kalenderjaar	80% tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

Voor tandheelkundige zorg bieden wij de volgende dekking. De vergoeding geldt voor de verschillende onderdelen gezamenlijk.

Achter het soort behandeling staan codes vermeld, de zogeheten prestatiecodes. Deze zijn opgesteld door de Nederlandse

Zorgautoriteit. Je kunt ze bekijken en het overzicht downloaden via www.nza.nl. Je hebt alleen recht op vergoeding van de zorg met die prestatiecodes. De kosten van het niet-nakomen van een afspraak vergoeden wij niet.

Algemene tandheelkundige zorg

Je hebt recht op vergoeding van alle hieronder genoemde behandelingen die zijn opgenomen in de prestatielijst van mondzorg van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Type behandeling

- ✓ consultatie en diagnostiek
- ✓ maken en beoordelen foto's
- ✓ preventieve mondzorg
- ✓ verdoving
- ✓ verdoving door middel van roesje
- ✓ vullingen
- ✓ wortelkanaalbehandelingen
- ✓ kronen en bruggen
- ✓ kaakgewrichtsbehandelingen
- ✓ chirurgie
- ✓ kunstgebitten
- ✓ tandvleesbehandelingen
- ✓ implantaten

prestatiecode

- alle C-codes
- alle X-codes
- alle M-codes
- alle A-codes
- alle B-codes
- alle V-codes
- alle E-codes
- alle R-codes
- alle G-codes
- alle H-codes
- alle P-codes
- alle T-codes
- alle J-codes

Orthodontie als je jonger bent dan 18 jaar

Je hebt recht op vergoeding van orthodontie als je jonger dan 18 jaar bent. Het gaat om de volgende codes.

Type behandeling

Beugels (orthodontie)

prestatiecode

alle F-codes

Techniekkosten

Je hebt recht op vergoeding van techniekkosten bij de hiervoor genoemde codes.

Wettelijke eigen bijdrage voor kunstgebitten

Je hebt recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor uitneembare volledige gebitsprotheses.

Spoedeisende mondzorg in het buitenland

Je hebt recht op vergoeding van mondzorg in het buitenland.

De dekking voor mondzorg in het buitenland is beperkt tot behandelingen die overeenkomen met de 'Lijst Spoedeisende mondzorg'. Deze kun je bekijken via www.energiek.nl/mondzorg. Op verzoek zenden wij deze toe.

Waar moet je op letten?

Een tandarts mag alle zorg verlenen.

Een orthodontist mag alleen orthodontie verlenen.

Een tandprotheticus mag alleen tandtechnische verrichtingen verlenen.

Een mondhygiënist mag alleen de volgende zorg verlenen: periodieke controle, preventie voorlichting en/of instructie, preventieve mondzorg, eenvoudige parodontale hulp en plaatsing van eenvoudige vullingen.

Voor vergoeding van (het plaatsen van) een tandheelkundig implantaat moet je schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat je de zorg krijgt. Bij de aanvraag voor de zorg moet je een schriftelijk en gemotiveerd behandelplan van de zorgaanbieder meesturen met vermelding van onder meer de medische diagnose(s) en de prestatiecodes, aangevuld met röntgenopnamen en eventuele gebitsmodellen.

Wat betekenen alle begrippen?

In deze verzekeringsvoorwaarden verstaan wij onder:

Aanvullende verzekering

De met Eno Aanvullende Verzekeringen N.V. gesloten of te sluiten overeenkomst van schadeverzekering. In deze schadeverzekering is een risico van behoefte aan zorg of overige diensten gedekt in aanvulling op de dekking van de basisverzekering. Een tandartsverzekering valt hier ook onder, tenzij dat uitdrukkelijk anders is vermeld.

Ambulance

Een motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg.

AWBZ

Algemene wet bijzondere ziektekosten.

Apotheekhoudende huisarts

Een huisarts aan wie op grond van artikel 61, tiende of elfde lid, van de Geneesmiddelenwet vergunning is verleend om geneesmiddelen ter hand te stellen.

Apotheker

Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers als bedoeld in artikel 61, vijfde lid van de Geneesmiddelenwet.

Arts

Een arts die als arts geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Arts verstandelijk gehandicapten

Een arts die als arts verstandelijk gehandicapten is ingeschreven in het register van de Huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG.

Audiologisch centrum

Een centrum dat audiologische zorg levert en, voor zover vereist, als audiologisch centrum bij of krachtens de wet is toegelaten.

Basis ggz

Generalistische basis geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Basisverzekering

De Energiek Basisverzekering, die een zorgverzekering is.

Beademingscentrum

Een centrum dat mechanische beademing levert en, voor zover vereist, als beademingscentrum bij of krachtens de wet is toegelaten. Een beademingscentrum kan aan een ziekenhuis zijn verbonden, maar dat hoeft niet.

Bedrijfsarts

Een arts die als bedrijfsgeneeskundige is ingeschreven in het register van de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG en optreedt namens de werkgever of de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapie

Zorg die bekkenfysiotherapeuten plegen te bieden.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het KNGF.

Bureau Jeugdzorg

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitair of daarmee door ons gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij behandeling in teamverband of bijzondere deskundigheid is vereist.

Centrum voor erfelijkheidsadvisering

Een centrum dat een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering en, voor zover vereist, als centrum voor erfelijkheidsadvisering bij of krachtens de Wet toelating zorginstellingen is toegelaten.

Collectiviteit

Een overeenkomst tussen ons en een werkgever of een rechtspersoon, die geen werkgever is en die de belangen van een groep personen behartigt. De werknemers of de personen van die groep profiteren van de in de overeenkomst opgenomen voordelen, als zij voldoen aan de in de overeenkomst opgenomen voorwaarden. Die werknemers of personen noemen wij deelnemers.

CVZ

College voor zorgverzekeringen.

DBC(-zorgproduct)

DBC is de afkorting van diagnosebehandelingcombinatie. Een DBC of DBC-zorgproduct is de beschrijving door middel van een dbc-prestatiecode of zorgproductcode van het afgesloten traject van (medisch)specialistische zorg, zoals omschreven in besluiten van de Nederlandse Zorgautoriteit. Het DBC-traject start op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en eindigt aan het eind van de behandeling of na 365 dagen als de behandeling dan nog niet geëindigd is.

Diagnostiek

Het onderzoek naar de aard, de oorzaak en de ernst van een aandoening.

Dialysecentrum

Een centrum dat dialysezorg levert en, voor zover vereist, als dialysecentrum bij of krachtens de wet is toegelaten. Een dialysecentrum kan aan een ziekenhuis zijn verbonden, maar dat hoeft niet.

Dieetpreparaten

Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Diëtist

Een diëtist, die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Echoscopisch centrum

Een instelling voor het verrichten van prenatale screening, die beschikt over een vergunning krachtens de Wet op het bevolkingsonderzoek.

EER-land

Een land dat partij is bij de Overeenkomst over de Europese, Economische Ruimte: Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Energiek

Eno Zorgverzekeraar N.V. In geval van verwijzingen naar aanvullende verzekeringen is met 'Energiek' bedoeld: Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

EU-land

Een land dat lid is van de Europese Unie: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, Reunion, Saint Martin), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) en Zweden.

Flebologie

Zorg die flebologen plegen te bieden. Deze zorg betreft de behandeling van spataderen en oedeem.

Fraude

Het plegen of proberen te plegen of het laten plegen van valsheid in geschrifte, oplichting, bedrog, verduistering of opzettelijke benadeling van ons en dat is gericht op het verkrijgen van (een vergoeding van kosten van) zorg waarop geen recht bestaat of het sluiten, continueren of beëindigen van een verzekeringsovereenkomst of krijgen van een verzekeringsovereenkomst onder valse voorwendselen.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als fysiotherapeut geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut verstaan wij ook een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

GBA

Gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens.

Geboortecentrum

Een instelling voor verloskundige zorg.

Gecontracteerde zorgaanbieder

Een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten. In die overeenkomst staan afspraken, bijvoorbeeld over rechtstreekse declaratie van de verleende zorg en de kwaliteit van de zorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.energiek.nl. Je kunt ook bellen met de Energiek Advieslijn via (0570) 687 088.

Geregistreerd geneesmiddel

Een geneesmiddel waarvoor een handelsvergunning of een parallelhandelsvergunning is verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening 726/2004/EG, Pb EG L136.

Geriatriefysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als geriatriefysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het KNGF.

Geriatrische fysiotherapie

Zorg die geriatriefysiotherapeuten die plegen te bieden.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die als gezondheidszorgpsycholoog geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

GGZ

Geestelijke gezondheidszorg.

Hoofdbehandelaar

De aanbieder die, in reactie op jouw zorgvraag, bij jou de diagnose stelt en die verantwoordelijk is voor de behandeling. De hoofdbehandelaar kan de zorg zelf verlenen. Als de zorg ook door anderen wordt verleend, blijft de hoofdbehandelaar eindverantwoordelijk voor de behandeling.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut die voldoet aan de eisen van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut en die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH).

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het register van de Huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG.

Huisartsendienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen. Het verband is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Huisartsencentrum

Een instelling voor het verlenen van huisartsenzorg.

Instelling

een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen; een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande socialezekerheidsstelsel of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Ivf-poging (in-vitrofertilisatiepoging)

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, die inhoudt:
Het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw;
De follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen);
De bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
Het een of meer keren implanteren van een of twee, eventueel ingevroren bewaarde, embryo's in de baarmoederholte met als doel zwangerschap te laten ontstaan.

Je

Waar in deze verzekeringsvoorwaarden 'je' staat, is de verzekerde bedoeld. Waar in deze verzekeringsvoorwaarden 'je (verzekeringnemer)' staat, is de verzekeringnemer bedoeld. Waar in deze verzekeringsvoorwaarden 'je (verzekerde/verzekeringnemer)' staat, zijn zowel de verzekerde als de verzekeringnemer bedoeld.

Jeugdgezondheidszorgarts

Een arts die:
als arts Maatschappij en Gezondheid is ingeschreven in het register van Artsen Maatschappij en Gezondheid, van de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG; of
die als jeugdgezondheidszorgarts is ingeschreven in het profielregister jeugdgezondheidszorg van de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie van de KNMG;
en die jeugdgezondheidszorg verleent als bedoeld in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid.

Kaakchirurg

Een tandartspecialist die als kaakchirurg is ingeschreven in het register voor mondziekten en kaakchirurgie, van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

Kalenderjaar

De periode van 1 januari tot en met 31 december.

Kerninstallatie

Een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen.

Ketenzorg

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 bestaat uit een voor een bepaalde aandoening opgesteld zorgprogramma waarbij verschillende zorgaanbieders zijn betrokken. Voor dat hele zorgprogramma geldt één tarief. Doel is dat zorgaanbieders nauw samenwerken en de zorg voor de patiënt goed afstemmen.

Kinder- en jeugdpsycholoog NIP

Een zorgaanbieder die als kinder- en jeugdpsycholoog is ingeschreven in het verenigingsregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als kinderfysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het KNGF.

Kinderfysiotherapie

Zorg aan minderjarigen die kinderfysiotherapeuten plegen te bieden.

Kinder oefentherapeut

Een oefentherapeut die als kinderoefentherapeut is ingeschreven in het register kinderoefentherapie van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

Klinisch psycholoog

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

KNGF

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Kraamcentrum

Een centrum dat kraamzorg levert en, voor zover vereist, als kraamcentrum bij of krachtens de wet is toegelaten.

Kraamverzorgende

Een geschoolde hulp die na een bevalling kraamzorg levert voor de kraamvrouw en haar gezin. Een kraamverzorgende zorgt voor het welzijn van moeder en kind en rapporteert als dit nodig is aan de verloskundige of arts.

Leverancier van hulpmiddelen

Een organisatie die (medische) hulpmiddelen levert en is opgenomen in het Algemeen Gegevens Beheer Zorgaanbieders register (AGB-zorgaanbiedersregister). In dit register worden gegevens van zorgaanbieders in Nederland vastgelegd. Deze gegevens zijn voorzien van een unieke codering, de AGB-code. Hiermee wordt een uniforme registratie van gegevens van zorgaanbieders geboden aan de zorgverzekeraars.

Littekenbehandeling

Fysiotherapie gericht op het voorkomen of verminderen van pijnklachten en bewegingsklachten door littekens.

Logopedist

Een logopedist die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Manueel therapeut

Een fysiotherapeut die als manueel therapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het KNGF.

Manuele therapie

Manuele therapie omvat zorg die manuele therapeuten plegen te bieden.

Mantelzorg

Onbetaalde zorg aan een hulpbehoevende oudere, chronisch zieke of gehandicapte naaste. De zorg wordt meer dan 8 uur per week en minimaal drie maanden achter elkaar verleend.

Mantelzorger

Een mantelzorger is een persoon die, niet beroepsmatig, mantelzorg verleent.

Medisch adviseur

Een medewerker van ons die geregistreerd staat in de registers en conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Medisch specialist

Een arts die is ingeschreven in het register van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de KNMG.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Nota

Een schriftelijk bewijs van door een zorgaanbieder gemaakte kosten voor zorg met minimaal de volgende informatie: naam, adres, woonplaats en beroep van de zorgaanbieder, datum van de nota, datum waarop de zorg heeft plaatsgevonden en beschrijving van die zorg, naam, burgerservicenummer (BSN), of, bij het ontbreken daarvan, het sofinummer en de geboortedatum van de verzekerde.

NVLF

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.

NVO-orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog die als NVO Orthopedagoog-Generalist is ingeschreven in het verenigingsregister van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Oedeemtherapeut

Een fysiotherapeut die als oedeemtherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten, van het KNGF.

Oedeemtherapie en lymfedrainage

Zorg zoals oedeemtherapeuten die plegen te bieden.

Oefentherapeut

Een oefentherapeut Cesar of een oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Oefentherapie

Zorg die oefentherapeuten die plegen te bieden.

Niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Een zorgaanbieder waarmee wij geen afspraken hebben gemaakt.

Oogkliniek

Een zelfstandig behandelcentrum dat is gespecialiseerd in de behandeling van ogen.

Openbaar vervoer

Voor een ieder openstaand personenvervoer volgens een dienstregeling met een auto, bus, trein, metro, tram of een via een geleidesysteem voortbewogen voertuig als bedoeld in de Wet personenvervoer 2000 en voor een ieder openstaand personenvervoer volgens een vaste boottienst.

Orthodontie

Zorg van orthodontische aard zoals tandartsen die plegen te bieden.

Orthodontist

Een tandartsspecialist die is ingeschreven in het register voor dentomaxillaire orthopedie, van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

Orthopedagoog

Een orthopedagoog die als NVO Orthopedagoog-Generalist is ingeschreven in het verenigingsregister van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Pedicure

Een pedicure die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Pedicure (KRP) met de specialisatie diabetische voet (DV) of medisch pedicure (MP).

Podologie

Zorg die podologen plegen te bieden.

Podoloog

Een podoloog die is opgenomen in het kwaliteitsregister voor de podologie van stichting LOOP. Het kwaliteitsregister kun je bekijken via www.loop.nl.

Podotherapie

Zorg die podotherapeuten plegen te bieden.

Podotherapeut

Een podotherapeut die voldoet aan de eisen van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Proctologie

Zorg die proctologen plegen te bieden. Deze zorg heeft betrekking op de behandeling van anale aandoeningen.

Psychiater

Een arts die is ingeschreven in het register voor psychiaters, van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de KNMG.

Psychiatrisch ziekenhuis

Een als psychiatrisch ziekenhuis toegelaten instelling.

Psychosomatische fysiotherapie en oefentherapie

Zorg die psychosomatische fysiotherapeuten respectievelijk psychosomatische oefentherapeuten die plegen te bieden.

Psychosomatisch fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als psychosomatisch fysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het KNGF.

Psychosomatisch oefentherapeut

Een oefentherapeut die als psychosomatisch oefentherapeut is ingeschreven in het Register psychosomatische oefentherapie van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Rationele farmacotherapie

Behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm. Daarbij moet de werkzaamheid en effectiviteit van het geneesmiddel blijken uit wetenschappelijke literatuur. Ook moet de behandeling met dat geneesmiddel het meest economisch zijn.

Revalidatiecentrum

Een instelling die revalidatiezorg levert en, voor zover vereist, als instelling voor revalidatie bij of krachtens de wet is toegelaten. In het centrum werkt een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist.

SKGZ

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

Gespecialiseerde ggz

Gespecialiseerde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die als specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) is ingeschreven in het register van de Huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie van de KNMG.

Sportarts

Een arts die als arts Maatschappij en Gezondheid is ingeschreven in het register van de Artsen Maatschappij en Gezondheid, van de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie van de KNMG, met de vermelding sportgeneeskunde.

SVB

Sociale Verzekeringsbank.

Tandarts

Een tandarts die als tandarts geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Tijdelijk verblijf in het buitenland

Een verblijf in het buitenland van maximaal zes aaneengesloten maanden.

Trombosedienst

Een centrum dat trombosezorg levert en, voor zover vereist, als trombosedienst bij of krachtens de wet is toegelaten.

Verblijf

Een opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Een land, dat geen EU-, of EER-land is en waarmee Nederland afspraken heeft gemaakt over het verlenen van medische zorg en het vergoeden van de kosten daarvan: Australië (alleen voor verblijf korter dan één jaar), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië, Turkije en Zwitserland.

Verloskundige

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

Verpleegdag

Een verpleegdag als omschreven in de door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde beleidsregel voor de prestaties en tarieven medisch specialistische zorg.

Verpleeghuis

Een instelling voor behandeling en verblijf in het kader van de AWBZ in verband met somatische of psychogeriatrische aandoeningen.

Verpleegkundige

Een verpleegkundige die als verpleegkundige geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Verpleegkundig specialist ggz

Een verpleegkundige die als verpleegkundig specialist ggz geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.

Verplicht eigen risico

Het bedrag aan kosten van zorg dat voor rekening van jou blijft.

Verwijzing

Het schriftelijke advies met toelichting aan jou van een zorgaanbieder die aan jou zorg verleent, over de zorgaanbieder die jou verdere zorg kan verlenen en die je om medische redenen nodig hebt. De zorgaanbieder die de verwijzing geeft, is de verwijzer. Een verwijzer mag niet naar zichzelf verwijzen.

Verzekering

Een basisverzekering, aanvullende verzekering, tandartsverzekering.

Verzekeringnemer

De persoon die met ons een verzekering heeft gesloten. Als deze persoon de verzekering voor zichzelf sluit, is deze ook verzekerde.

Verzekerde

De persoon van wie het risico voor behoefte aan zorg door een verzekering wordt gedekt en die als verzekerde is vermeld in de polis.

Verzekeringsvoorwaarden

De rechten en plichten die voor jou (verzekerde/verzekeringnemer) en ons gelden en die de verzekering vormen.

Voorschrift

De schriftelijke aanwijzing met toelichting van een zorgaanbieder die aan jou zorg verleent, voor aan jou te verlenen zorg die je om medische redenen nodig hebt. Bijvoorbeeld een bepaald geneesmiddel of hulpmiddel. De zorgaanbieder die het voorschrift afgeeft, is de voorschrijver.

Vrijwillig eigen risico

Een door jou (verzekeringnemer) met Energiek als onderdeel van de basisverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg dat voor eigen rekening van de verzekerde komt.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wettelijke eigen bijdrage

Het deel van de kosten van de zorg die onder de dekking van de basisverzekering vallen, dat voor jouw rekening blijft. De minister heeft bepaald welke kosten dat zijn. De wettelijke eigen bijdrage bestaat naast het verplicht en eventueel gekozen vrijwillig eigen risico.

Wij

Waar in deze verzekeringsvoorwaarden 'wij' of 'ons' staat, is 'Eno Zorgverzekeraar N.V.' bedoeld. In geval van een verwijzing naar aanvullende verzekeringen is 'Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.' bedoeld.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch specialistische zorg.

Zelfzorggeneesmiddelen

Geneesmiddelen die zonder recept mogen worden geleverd (de AV-geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet); en Geneesmiddelen die zonder recept, maar wel alleen in een apotheek of ergens anders onder toezicht van een apotheker mogen worden geleverd en die niet zonder recept alleen in een apotheek mogen worden geleverd (de UAD-geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet).

Zenuwarts

Een arts die als zenuwarts is ingeschreven in het register van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de KNMG.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg voor onderzoek, behandeling en verpleging van zieken.

Zorg

De zorg en overige diensten als bedoeld in de Zorgverzekeringswet als het gaat om de basisverzekering. De zorg en diensten in de artikelen met de dekking en vergoeding in het hoofdstuk met specifieke bepalingen voor de aanvullende verzekeringen als het gaat om de aanvullende verzekeringen. De zorg en overige diensten in het artikel dekking en vergoeding in het hoofdstuk over de tandartsverzekeringen als het gaat om de tandartsverzekeringen.

Zorgaanbieder

Een (natuurlijke) persoon of rechtspersoon die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verleent.

Zorggroep

Een zorgaanbieder die als hoofdcontractant ketenzorg verleent. De zorgaanbieder kan de zorg zelf verlenen, maar kan ook gebruik maken van andere zorgaanbieders die in opdracht van de hoofdcontractant in samenhang en samenwerking ketenzorg leveren. De declaratie van de zorg gebeurt in beginsel via de hoofdcontractant.

Zorgverzekering

Een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet.