

Beter Af Polis

Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen



Collectief

Ingangsdatum 1 januari 2008

Voor u ligt het boekje voorwaarden en aanspraken (vergoedingen) Beter Af Polis.

In dit boekje zijn de voorwaarden en aanspraken gedetailleerd omschreven. Uw polis en de daarbij behorende voorwaarden en aanspraken Beter Af Polis dienen uiteindelijk als grondslag voor uw zorgverzekering.

In de leeswijzer leggen wij u uit hoe u dit boekje moet gebruiken.

Indeling boekje

- Dit boekje is als volgt ingedeeld:
- Leeswijzer voorwaarden en aanspraken
- Alfabetisch overzicht vergoedingen
- Begripsbepalingen zorgverzekering
- Algemene voorwaarden zorgverzekering
- Aanspraken zorgverzekering (Beter Af Polis)
- Begripsbepalingen aanvullende verzekeringen
- Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen
- Aanspraken aanvullende verzekeringen (Beter Af Plus Polis en Beter Af Extra Pakket)
- Aanspraken aanvullende tandartsverzekering (Beter Af Tandarts Polis)
- Aanspraken klassenverzekering (Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket)

Leeswijzer

Voorwaarden en aanspraken

In de algemene voorwaarden leest u de algemene informatie, die te maken heeft met het sluiten van de zorgverzekering, de premie en een eventueel eigen risico, de ingangsdatum en de duur van de zorgverzekering. In de aanspraken leest u op welke vergoeding u recht heeft en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn.

Hoe werkt het boekje?

Aan de hand van het voorbeeld 'dieetadvisering' laten wij zien hoe u dit boekje kunt gebruiken:

- 1 U zoekt dieetadvisering op onder de 'd' in het alfabetisch overzicht vergoedingen.
- 2 In de eerste kolom 'Beter Af Polis' vindt u het artikel en paginanummer waar u de dekking vanuit de basisverzekering kunt vinden. In artikel 28 van de Beter Af Polis leest u dat u recht heeft op 100% vergoeding tot een maximum van 4 uur per kalenderjaar. U leest in artikel 28 ook aan welke voorwaarden voldaan dient te worden, namelijk dat u een schriftelijke verwijzing nodig heeft en bij welke beroepsvereniging uw diëtist dient te zijn aangesloten.
- 3 In de tweede kolom vindt u het artikel en paginanummer waar u de dekking vanuit de aanvullende verzekering 'Beter Af Plus Polis' kunt vinden. Let op: De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering komt bovenop de vergoeding vanuit de basisverzekering. In artikel 18 van de Beter Af Plus Polis, leest u dat u geen recht heeft op een extra vergoeding bij een 1 en 2 sterren polis. Er wordt dan voor dieetadvisering niets extra's vergoed en u heeft alleen recht op 100% vergoeding van maximaal 4 uur vanuit de basisverzekering.
Heeft u een Beter Af Plus Polis van 3 of 4 sterren? Dan worden de uren na de eerste 4 uur 100% vergoed.
Dit tot een maximum van € 115,- per kalenderjaar.

Toestemming nodig?

Bij een aantal vergoedingen staat, dat wij u vooraf toestemming moeten verlenen. U kunt deze toestemming bij ons aanvragen via telefoon, per post of e-mail. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u op onze website. Hier kunt u ook de aanvraagformulieren downloaden.

Gecontracteerde zorg

Wij hebben met een groot aantal zorgverleners contracten afgesloten, waardoor u vaak kunt profiteren van gunstigere vergoedingen. Op onze website kunt u via de Zorgzoeker zien welke zorgverleners gecontracteerd zijn. Bij een aantal vergoedingen geldt dat als u naar een zorgverlener gaat, die niet gecontracteerd is, u een lagere vergoeding krijgt. Als dit zo is, leest u dat in het desbetreffende artikel in dit boekje.

Alfabetisch overzicht vergoedingen

Vergoeding	Basisverzekering		Aanvullende verzekeringen	
	Beter Af Polis		Beter Af Plus Polis Beter Af Extra Pakket	
	Artikel	Blz	Artikel	Blz
Acnebehandeling			36	30
Adoptie-kraamzorg			25	27
Aerochamber			19.2.7	26
Alternatieve geneesmiddelen			11	24
Alternatieve geneeswijzen en therapieën			10	24
Anticonceptiva	24.2	17		
Astma Centrum (Nederlands) te Davos (Zwitserland)	16	16		
Audiologisch centrum	19	16		
Bevalling	31	18	21	27
Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood			19.2.6	26
Bewegen in extra verwarmd water			16	25
Brillen en contactlenzen			19.2.4	26
Buitenland			27, 28	28
Buitenland, vaccinaties en geneesmiddelen			29	28
Camouflagetherapie			37	30
Circumcisie			5	23
Combinatietest (nekplooiemeting met bloedonderzoek)	30.3	18		
Cosmetische chirurgie	3	13	3	23
Counseling	30.1	18		
Dagbehandeling	1	13		
Dieetadvisering	28	18	18	25
Eerstelijnspsychologische zorg	11	15		
Eerstelijnspsychologische zorg (eigen bijdrage)			7	23
Epilatie behandeling			38	30
Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	20	16		
Ergotherapie	26	17		
Farmaceutische zorg	24	16	12	24
Fysiotherapie	25	17	14	25
Fysiotherapie, bewegingstherapie			15	25
Gasthuis, overnachting nabij een ziekenhuis (bij poliklinische behandeling)			2	23
Gasthuis, verblijf- en reiskosten gezinsleden bij opname verzekerde			1	23
GeboorteTENS			20	27
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, niet-klinisch	10	14		
Haemodialyse	13	15		
Herstel en Balans, nazorgtraining ex-kankerpatiënten			32	29
Herstellingsoorden			30	29
Hoortoestel (eigen bijdragen)			19.1	25
Huisartsenzorg	23	16		
Hulpmiddelen	29	18	19	25

	Basisverzekering		Aanvullende verzekeringen	
	Beter Af Polis		Beter Af Plus Polis Beter Af Extra Pakket	
Vergoeding	Artikel	Blz	Artikel	Blz
IVF (In Vitro Fertilisatie)	14.1	15		
Kinderopvang tijdens ziekenhuisopname ouder(s)			50	32
Kraampakket			23	27
Kraamzorg	32	19	22	27
Lactatiekundige zorg			24	27
Leefstijltrainingen			44	31
Logopedie	27	17		
Mantelzorgvervanging voor gehandicapten en chronisch zieken			39	30
Manuele lymfdrainage	25.1	17	14	25
Mechanische beademing	17	16		
Medisch specialistische zorg, extramuraal	5	13		
Medisch specialistische zorg, klinisch	1	13		
Medisch specialistische zorg, poliklinisch	4	13		
Melatonine			12.2	24
Motorslede, CPM	29.2	18		
Nierdialyse	13	15		
Obesitasbehandeling			46	31
Oefentherapie	25	17	14	25
Oncologieonderzoek bij kinderen	15	15		
Organtransplantaties	7	14		
Orthodontie in bijzondere gevallen	40	20		
Orthodontie tot 18 jaar			47	32
Orthopedische geneeskunde			9	24
Overgangsconsulent			43	31
Pedicurezorg			35	29
Peritoneaaldialyse	13	15		
Personenalarmering			19.2.1	26
Persoonsgebonden budget GGZ	12	15		
Plakstrips mammaprothese			19.2.2	26
Plastische chirurgie	3	13	3	23
Plaswekker			19.2.3	26
Podotherapie/podologie			33	29
Prenatale screening	30	18		
Preventieve cursussen			42	31
Preventieve onderzoeken			41	30
Pruiken (eigen bijdragen)			19.1	25
Psoriasis, huur UV-B lichtbehandeling thuis	21	16		
Psoriasisdagbehandelingscentrum			8	24
Psychiatrische ziekenhuisopname	9	14		

	Basisverzekering		Aanvullende verzekeringen	
	Beter Af Polis		Beter Af Plus Polis Beter Af Extra Pakket	
Vergoeding	Artikel	Blz	Artikel	Blz
Psychotherapie (eigen bijdrage)			6	23
Revalidatie	8	14		
Second opinion Beter Af Tandarts Polis	6	14		33
Sensormatje			19.2.6	26
Sportmedisch onderzoek			45	31
Sterilisatie			4	23
Steunpessarium			19.2.5	26
Steunzolen			34	29
Stottertherapie	27	17	17	25
Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	30.2	18		
Tandheelkundige zorg tot 22 jaar	34	19		
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten			48	32
Tandheelkundige zorg vanaf 22 jaar – algemeen Beter Af Tandarts Polis	35	19		33
Tandheelkundige zorg vanaf 22 jaar – prothesen Beter Af Tandarts Polis	36	20	49	32 33
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	39	20		
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	38	20		
Tandheelkundige zorg, implantaten	37	20		
Telemonitoring	22	16		
Therapeutische kampen			31	29
Trombosedienst	18	16		
VAC pomp	29.2	18		
Vakantiehôtels en vaarvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken			40	30
Verloskundige zorg	31	18	21	27
Vervoer van zieken	33	19	26	27
Voedingsvoorlichting			18	25
Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen	14.2	15	13	24
Zelfstandig behandelcentrum	2	13		
Ziekenhuisverpleging Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket	1	13		33

Algemene voorwaarden Beter Af Polis

Art. Onderwerp	
1 Begripsbepalingen	6
2 Grondslag van de zorgverzekering	7
3 Aanmelding en inschrijving	8
4 Ingangsdatum, duur en einde van uw zorgverzekering	8
5 Verplichtingen van de verzekerde	8
6 Onrechtmatige inschrijving	8
7 Verplicht eigen risico	9
8 Vrijwillig gekozen eigen risico	9
9 Premie	9
10 Wijziging van premie en/of voorwaarden	10
11 Aanspraken	10
12 Geldend maken van zorgaanspraken	10
13 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar	11
14 Aansprakelijkheid van derden	11
15 Geschillen	11
16 Persoonsgegevens	11
17 Fraude	11
18 Buitenland	11

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

Apotheker

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

Apotheekhoudende huisarts

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

Arts

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

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bedrijfsarts

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

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 een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische en specialistische (tweedelijns) zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

Diëtist

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

Eerstelijnspsycholoog

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

De terhandstelling van de in het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander rekening houdend met het door ons vastgestelde nadere reglement.

Fysiotherapeut

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

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

Gezin

Twee gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet studiefinanciering 2000/Wet tegemoetkoming studiekosten of op buitengewone lastenaftrek ingevolge de belastingwetgeving.

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ-instelling

Een instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en als zodanig is toegelaten.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut, die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut (Stb. 2002, nr. 626). Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de wet BIG.

Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het door de huisarts, verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan in de Regeling zorgverzekering aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het door ons vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Jeugdgezondheidszorgarts

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

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

Klinisch psycholoog

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

Kraamcentrum

Een instelling, conform bij of door wet gestelde regels als kraamcentrum toegelaten en de door ons als kraamcentrum erkende instelling.

Kraamzorg

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

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

Medisch adviseur

De arts, die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

Een arts, die is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist

Een mondhygiënist die is opgeleid conform de opleidingseisen mondhygiënist, zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut' en van het 'Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 553)'.

Oefentherapeut

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

Opname

Opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis of revalidatie-instelling, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.

Orthodontist

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

Polisblad

De akte waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

Psychiater/zenuwarts

Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.

Psychotherapeut

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

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een conform de bij of door wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

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

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

U/uw

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

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

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

Verloskundige

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

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van de zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

Wij/ons

Groene Land - PWZ Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zelfstandig behandelcentrum

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

Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorgovereenkomst

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

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.

Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat

Groene Land - PWZ Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Groene Land - PWZ Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij het AFM onder nummer 12001026.

Zorgverzekering

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

Artikel 2 Grondslag van de zorgverzekering

- 2.1** Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het door u (verzekeringnemer) ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad wordt jaarlijks verstrekt aan u (verzekeringnemer).
- 2.2** Naast het polisblad verstrekken wij een zorgpas. Bij het invoeren van hulp moet u het polisblad of zorgpas tonen aan de zorgverlener.
- 2.3** De zorg en/of de kosten van zorg op basis van deze zorgverzekering kunnen behoudens eigen bijdragen, door de verzekerde bij ons gedeclareerd worden, tenzij er tussen de zorgverlener en ons een overeenkomst is, op grond waarvan rechtstreekse declaratie bij ons plaatsvindt. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- 2.4** De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgverzekering omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 2.5** U heeft slechts recht op zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Artikel 3 Aanmelding en inschrijving

- 3.1** U meldt zich voor de zorgverzekering aan bij ons, door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier (zoals beschreven in artikel 2.1).
- 3.2** Bij aanmelding gaan wij na of is voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Wanneer hieraan wordt voldaan, wordt een polisblad afgegeven en bestaat daarna aanspraak op zorg volgens deze wet.

Artikel 4 Ingangsdatum, duur en einde van uw zorgverzekering

4.1 Ingangsdatum en duur van uw zorgverzekering

- 4.1.1 De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop wij het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van u (verzekeringnemer) hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- 4.1.2 Wanneer degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop wij het verzoek, bedoeld in artikel 4.1.1, ontvangen reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en u (verzekeringnemer) aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door u aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in artikel 4.1.1 en 4.1.2, gaat de zorgverzekering op die latere dag in.
- 4.1.3 Wanneer de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
- 4.1.4 Wanneer de zorgverzekering ingaat binnen een maand nadat een andere zorgverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.
- 4.1.5 Een bij ons lopende zorgverzekering kunt u, behoudens hetgeen in artikel 4.1.1 is bepaald, wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar en alleen na schriftelijke bevestiging van ons.
- 4.1.6 De collectieve zorgverzekering geldt ook voor uw gezin. Wanneer er binnen de collectieve overeenkomst beperkende afspraken zijn gemaakt over de leeftijd waarop uw kinderen gebruik kunnen maken van uw collectiviteitkorting, dan worden uw kinderen daar schriftelijk over geïnformeerd.

4.2 Einde van uw zorgverzekering

- 4.2.1 U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten zorgverzekering herroepen. U kunt de zorgverzekering binnen 14 dagen na ontvangst van uw polisblad schriftelijk zonder opgaaf van redenen beëindigen. De zorgverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat wij de eventueel al betaalde premie terugstorten en u de eventueel gedeclareerde schadekosten terugbetaalt.
- 4.2.2 U (verzekeringnemer) kunt de zorgverzekering beëindigen:
- door uiterlijk 31 december schriftelijk op te zeggen. De zorgverzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk;
 - als u een ander dan uzelf heeft verzekerd en deze verzekerde door een andere zorgverzekering wordt verzekerd. Als de opzegging bij ons voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering binnen is, kan de zorgverzekering beëindigd worden met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe zorgverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop u heeft opgezegd.
 - bij beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, wanneer de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve zorgverzekering naar de andere collectieve zorgverzekering in verband met het dienstverband. U (verzekeringnemer) kunt de oude zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in per de eerste van de maand.

4.2.3 De zorgverzekering eindigt:

- met ingang van de dag volgend op de dag waarop u niet meer aan de vereisten voor inschrijving in de zorgverzekering voldoet;
- op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt;
- op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen binnen 45 dagen na de vervaldag nog niet zijn betaald;
- bij aangetoonde fraude zoals beschreven in artikel 17;
- bij overlijden;
- als wij ten gevolge van wijziging of intrekking van onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u uiterlijk twee maanden voor dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de zorgverzekering eindigt.

4.2.4 Wanneer uw zorgverzekering eindigt, delen wij u dit schriftelijk mede.

Artikel 5 Verplichtingen van de verzekerde

5.1 U bent verplicht:

- bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, wanneer de medisch adviseur daarom vraagt;
- aan ons, onze medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, rekening houdend met privacyregelgeving;
- ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- binnen twee maanden aan ons te melden dat u gedetineerd bent, in verband met de wettelijke bepaling over de opschorting van dekking en de premieplicht tijdens de duur van de detentie.

5.2 In voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij ons in te dienen.

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

5.3 U (verzekeringnemer) bent verplicht binnen een maand aan ons kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de zorgverzekering van betekenis kunnen zijn, zoals eindiging verzekeringsplicht, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. Kennisgevingen aan u (verzekeringnemer), gericht aan uw laatst bekende adres worden geacht u (verzekeringnemer) te hebben bereikt.

5.4 Wanneer de belangen van ons worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft u geen aanspraak op zorg dan wel behoeven wij geen kosten te vergoeden.

Artikel 6 Onrechtmatige inschrijving

6.1 Wanneer ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) verzekeringsplicht bestaat.

6.2 Wij zullen de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door u sindsdien voor uw rekening genoten zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen.

Artikel 7 Verplicht eigen risico

- 7.1** Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de zorgverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 7.2** Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de zorgverzekering aanspraak kan worden gemaakt.
- 7.3** Op de vergoeding van zorg kosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de zorgverzekering gemaakt worden, wordt het verplicht eigen risico van € 150,- ingehouden. Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:
- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.
 - de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - de kosten van tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 2.7, vierde lid van het Besluit zorgverzekering, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese.
- 7.4** De kosten van zorg die vanuit de zorgverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna in mindering gebracht op het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 8.
- 7.5** Wanneer u in de loop van het kalenderjaar de 18 jarige leeftijd bereikt, gaat het verplichte eigen risico in per de eerste van de maand volgende op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt. Het verplicht eigen risico wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.6** Wanneer uw zorgverzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het verplicht eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.7** Bij beëindiging van uw zorgverzekering in de loop van het kalenderjaar zal het verplicht eigen risico voor het desbetreffende kalenderjaar naar evenredigheid worden verminderd.
- 7.8** In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de zorgverzekering, een bedrag voor rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het verplicht eigen risico.
- 7.9** Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.
- 7.10** Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd.

Artikel 8 Vrijwillig gekozen eigen risico

- 8.1** Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico. De zorgverzekering kan worden afgesloten zonder vrijwillig gekozen eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar.
- Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis.

- 8.2** Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de zorgverzekering aanspraak kan worden gemaakt.
- 8.3** Op het vrijwillig gekozen eigen risico zijn niet van toepassing:
- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;
 - de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - de kosten van tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 2.7, vierde lid van het Besluit zorgverzekering, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese.
- 8.4** Kosten van zorg die vanuit de zorgverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 7 en worden daarna verrekend met het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.5** Voor de bepaling van het vrijwillig gekozen eigen risico is de situatie bij aanvang van de zorgverzekering of situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Wanneer de zorgverzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt het vrijwillig gekozen eigen risico naar evenredigheid verminderd.
- 8.6** In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de zorgverzekering, een bedrag voor rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.7** Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.8** Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd.
- 8.9** U kunt uw vrijwillig gekozen eigen risico met inachtneming van artikel 4.1.5 jaarlijks wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar.

Artikel 9 Premie

9.1 Premievaststelling en premieheffing

- 9.1.1 De hoogte van de premie van de zorgverzekering wordt vastgesteld door ons. De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico, die direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag of een eventuele collectiviteitkorting, die eveneens direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag. Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
- 9.1.2 Bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar is premie verschuldigd per de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt.
- 9.1.3 U (verzekeringnemer) bent verplicht de premie vooruit te betalen.
- 9.2 Het betalen van de premie**
- 9.2.1 U (verzekeringnemer) betaalt de premie bij vooruitbetaling.
- 9.2.2 Het is u niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van ons te vorderen vergoeding.
- 9.2.3 Als de zorgverzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt al betaalde premie naar rato terugbetaald. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand. Wij kunnen van de terug te betalen premie een bedrag voor administratiekosten aftrekken.

9.3 Niet-tijdige betaling

- 9.3.1 Bij de premiebetaling moet u aan de gestelde regels voldoen. Deze verplichting geldt ook wanneer de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen. Wanneer het niet mogelijk is de achterstallige premie te verrekenen met schadekosten, dan kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u in rekening brengen.
- 9.3.2 Wij kunnen de in artikel 9.3.1 genoemde kosten pas in rekening brengen als u (verzekeringnemer) niet op tijd betaalt na de eerste een schriftelijke aanmaning waarin een betalingstermijn is vermeld.
- 9.3.3 In aanvulling op artikel 9.3.1 en 9.3.2 geldt dat aanspraken vervallen, als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van de derde schriftelijke aanmaning (ingebrekestelling) van ons. De aanspraken vervallen dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand na het verstrijken van de betalingstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan. Wij behouden ons het recht voor de zorgverzekering te beëindigen na het verstrijken van de betalingstermijn van de ingebrekestelling. Als wij tot beëindiging overgaan, ontvangt u een schriftelijke bevestiging hiervan. Bij premieachterstand beëindigen wij de zorgverzekering. De zorgverzekering kan niet met terugwerkende kracht worden beëindigd.
- 9.3.4 Bij (her)inschrijving na wanbetaling dient u twee maanden premie vooruit te betalen.

Artikel 10 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 10.1** Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan u (verzekeringnemer) is meegedeeld. U (verzekeringnemer) kan de zorgverzekering opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging u is meegedeeld.
- 10.2** Als een wijziging in de aanspraken c.q. vergoedingen ten nadele van u plaatsvindt, kunt u (verzekeringnemer) de zorgverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. U (verzekeringnemer) kunt de zorgverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval heeft u (verzekeringnemer) hiervoor 30 dagen nadat de wijziging door ons is medegedeeld.

Artikel 11 Aanspraken

- 11.1** Deze zorgverzekering omvat aanspraken op zorg en vergoeding van kosten van zorg en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.
- 11.2** U heeft aanspraak op zorg uit de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De inhoud en omvang van deze zorg staan beschreven in deze wetten. Bepalend is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.
- 11.3** Wanneer u zelf nota's van de zorgverlener ontvangt, bent u verplicht de nota's zo spoedig mogelijk aan ons toe te sturen, maar in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Wanneer u dit niet doet, vergoeden wij de gedeclareerde kosten niet.
- 11.4** Wanneer u zelf nota's van de zorgverlener ontvangt bent u verplicht originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan ons toe te sturen. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota staan vermeld welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd.

Uitsluitingen:

- 11.5** U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden geen kosten die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit atoomkernreacties (tenzij de radioactieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging), gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

- 11.6** U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden geen kosten van keuringen, grieprikken, behandeling tegen snurken (uvuloplastiek), behandeling voor het operatief plaatsen, verwijderen of vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstampatie, liposuctie van de buik, behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan en het afgeven van doktersverklaringen.

- 11.7** U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden geen kosten als gevolg van niet nagekomen afspraken.

11.8 Terrorisme

- 11.8.1** Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. De exacte definities en bepalingen ten aanzien van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het clauseblad terrorismedekking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- 11.8.2** In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan ons ter beschikking wordt gesteld, heeft u in aanvulling op de in lid 11.6.1 vermelde prestaties recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

Artikel 12 Geldend maken van zorgaanspraken

- 12.1** Als u zorg nodig heeft die deel uitmaakt van de zorgverzekering heeft u de keuze uit elke persoon of instelling in Nederland, die een overeenkomst heeft gesloten met ons. Wij verstrekken informatie over de personen en instellingen met wie/waarmee zo'n overeenkomst bestaat.
- 12.2** Als u zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Per aanspraak c.q. vergoeding beschrijven wij, wanneer van toepassing, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent. Als er geen lagere vergoeding geldt of eigen bijdrage verschuldigd is heeft u aanspraak op vergoeding van kosten tot maximaal:
- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- U kunt telefonisch contact met ons opnemen voor de hoogte van de vergoeding.
- 12.3** Wanneer en voor zover wij meer vergoeden dan waartoe wij door de overeenkomst gehouden zijn, wordt u geacht aan ons te hebben verleend een volmacht tot incasso op onze naam van het voor u aan de zorgverlener teveel betaalde.
- 12.4** Wanneer de voor u benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door ons gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft u aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden vergoed.

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- Wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

Artikel 13 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar

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

Artikel 14 Aansprakelijkheid van derden

- 14.1** Als een derde aansprakelijk is voor kosten die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of letsel van u, moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om verhaal te halen bij de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.
- 14.2** Als u wordt getroffen door ziekte, ongeval of letsel waar een derde bij betrokken is, dan moet hiervan zo spoedig mogelijk melding worden gemaakt bij ons en aangifte worden gedaan bij de politie.
- 14.3** U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling treffen met een derde, of degene die namens die derde optreedt, als u daarvoor de schriftelijke toestemming van ons heeft.

Artikel 15 Geschillen

- 15.1** Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- 15.2** Wanneer u het niet eens bent met een door ons, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kunt u ons verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient binnen zes maanden nadat de beslissing aan u is meegedeeld te worden gericht aan de afdeling Centrale Klachten Coördinatie. Hoe u bij ons een klacht indient en hoe wij hier vervolgens mee omgaan, vertellen wij u in de brochure 'Heeft u klachten, vertel het ons'. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- 15.3** Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door ons wordt gereageerd, dan wel wij gemotiveerd aangeven onze oorspronkelijke beslissing te handhaven, kunt u zich wenden tot de bevoegde rechter.
- 15.4** In afwijking van het voorgaande lid kunt u het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.
- 15.5** Consumenten, zorgverleners en zorgverzekeraars kunnen een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over door ons gehanteerde formulieren. Een dergelijk klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit strekt de zorgverlener, zorgverzekeraar en consument tot bindend advies.

Artikel 16 Persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen Achmea voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer, ten behoeve van fraudepreventie en het uitvoeren van wettelijke regelingen. Ook kunnen wij deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij Groene Land - PWZ Achmea, Postbus 631, 8000 AP Zwolle.

Artikel 17 Fraude

- 17.1** Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een aanspraak c.q. vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met verzekeraar.
- 17.2** Elk uit deze zorgverzekering voortvloeiend recht op aanspraak c.q. vergoeding vervalt wanneer u en/of een bij de aanspraak c.q. de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven, vervalste of misleidende stukken heeft overlegd of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor ons bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op aanspraak c.q. vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.
- 17.3** Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat wij:
- a. aangifte doen bij de politie;
 - b. de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
 - c. registratie doen in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
 - d. uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks-)kosten terugvorderen.

Artikel 18 Buitenland

18.1 Wonen

- 18.1.1** De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:
- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;
 - vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal:
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- 18.1.2** De verzekerde die woont in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - zorg door een zorgverlener die door ons in het woonland is gecontracteerd;
 - vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal:
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- 18.1.3** De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft naar keuze aanspraak op de vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal:
- wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- 18.1.4** In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, wanneer wij vooraf toestemming verlenen voor het invoeren van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 18.1 aangegeven vergoeding.

18.2 Zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland

- 18.2.1 Voor medisch noodzakelijke zorg aan de verzekerde, die in Nederland, een ander EU/EER-land of verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan het woonland, heeft deze naar keuze aanspraak op:
- zorg door een zorgverlener die door ons in dat land is gecontracteerd;
 - vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal:
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag;
 - wanneer van toepassing, zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.
- 18.2.2 Voor medisch noodzakelijke zorg aan de verzekerde die woont in Nederland of ander EU/EER-land of verdragsland, en tijdelijk verblijft in een ander land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, is artikel 18.1.3 van overeenkomstige toepassing.
- 18.2.3 Voor zorg aan de verzekerde die niet in Nederland of ander EU/EER-land of verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, is artikel 18.1.3 van overeenkomstige toepassing.

Aanspraken Beter Af Polis

Artikel 1 Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis

Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een onderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. Wij vergoeden de kosten van:

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

Voor een aantal behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op vergoeding van 80% van het gemiddeld voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief. Dit geldt voor de volgende behandelingen:

- Liesbreuk;
- Spataderen;
- Galblaasoperatie;
- (Verdenking op) borstkanker;
- Psoriasis;
- Zwangerschap en bevalling;
- Incontinentie;
- (Neus en keel-)amandelen knippen;
- Onderzoek i.v.m. slaapstoornissen en behandeling van obstructief slaap apnoe syndroom;
- Diabetes bij kinderen (behandeling door kinderarts);
- Chronische darmontstekingen (ziekte van Crohn en colitis ulcerosa);
- Borstverkleining met medische indicatie;
- Staaroperatie;
- Artrose van heupen of knieën, inclusief plaatsen gewrichtsprotheses;
- Meniscus- of voorste kruisband letsel;
- (Verdenking op) rughernia;
- Reumatoïde artritis;
- Ziekte van Bechterew;
- Nierstenen en urinewegstenen;
- Prostaatklasten, inclusie (verdenking op) prostaatkanker;
- Verdenking op) blaaskanker.

Voorwaarden

- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons voor ziekenhuisopname tenminste drie weken van tevoren toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 9 van toepassing.

Artikel 2 Zelfstandig behandelcentrum

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

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

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

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum heeft u recht op vergoeding van 80% van het gemiddeld voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.

Voorwaarden

- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons voor ziekenhuisopname tenminste drie weken van tevoren toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

Artikel 3 Cosmetische chirurgie/Plastische chirurgie

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

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

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 4 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Wij vergoeden de kosten van:

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

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

Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van tevoren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op vergoeding van 80% van het gemiddeld voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.

Voorwaarde

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of andere medisch specialist. Voor de oogarts heeft u geen verwijzing nodig.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 10 van toepassing.

Artikel 5 Medisch specialistische zorg (extramuraal)

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

Wij vergoeden de kosten van:

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

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

Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van tevoren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op vergoeding van 80% van het gemiddeld voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.

Voorwaarde

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, jeugdgezondheidszorgarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of andere medisch specialist.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 10 van toepassing.

Artikel 6 Second opinion

U heeft aanspraak op een tweede mening van een andere medisch specialist dan de behandelend arts. Het oordeel of advies kan zowel door u als door de behandelend arts worden gevraagd.

Voorwaarde

U heeft alleen aanspraak wanneer de diagnostiek of behandeling onder de voorwaarden van deze zorgverzekering valt.

Artikel 7 Orgaantransplantaties

U heeft aanspraak op:

- transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nier pancreas;
- de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor; het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

De donor heeft recht op vergoeding van de kosten van:

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

Voorwaarde

Wij moeten u bij een hiervoor niet door ons gecontracteerde instelling vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 8 Revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

U heeft aanspraak op revalidatie, maar uitsluitend als:

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

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Artikel 9 Psychiatrische ziekenhuisopname

Wij vergoeden de kosten van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg;
 - het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
 - de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.
- De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerd psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

Voorwaarden

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

Artikel 10 Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

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

Wij vergoeden de kosten van:

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

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

Voor een psychotherapeutische behandeling geldt een wettelijke eigen bijdrage. De wettelijke eigen bijdrage voor individuele, groeps- of gezinstherapie bedraagt € 15,60 per zitting tot een maximum van € 702,- per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de bijdrage en het maximum gelden per gezin. De wettelijke eigen bijdrage voor partnerrelatietherapie bedraagt € 7,80 per verzekerde per zitting, tot een maximum van € 351,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

Voorwaarden

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

Artikel 11 Eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden de kosten van diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De zorg omvat ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 10,- per zitting. De zorg kan ook gegeven worden in halve of kwart zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog of eerstelijnspsycholoog vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

Voorwaarden

- Voor de eerste vier korte behandelingen (halve zittingen) door een specifiek hiervoor gecontracteerde zorgverlener is geen verwijzing noodzakelijk. Voor vervolgzittingen na deze eerste vier halve zittingen en voor reguliere behandelingen (hele zittingen) bij deze zorgverleners moet u zijn doorverwezen door een huisarts of bedrijfsarts.
- Voor behandelingen bij de overige zorgverleners moet u zijn doorverwezen door een huisarts of bedrijfsarts.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Artikel 12 Persoonsgebonden budget geestelijke gezondheidszorg (PGB GGZ)

U kunt in plaats van de aanspraken omschreven in artikel 10 en 11 aanspraak maken op een persoonsgebonden budget overeenkomstig het Achmea reglement PGB GGZ. Het Achmea reglement PGB GGZ maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wanneer u op 31 december 2007 een persoonsgebonden budget ontvangt voor geestelijke gezondheidszorg, die met ingang van 1 januari 2008 onderdeel uitmaakt van aanspraken als omschreven in artikel 10 waar de looptijd van het oorspronkelijke AWBZ-indicatiebesluit nog niet van is verstreken, geldt een overgangstermijn van maximaal een jaar. Tot 1 januari 2009, dan wel zoveel korter als de looptijd van het oude indicatiebesluit, behoudt u het persoonsgebonden budget zoals dat op grond van de AWBZ was vastgesteld.

Voorwaarden

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

Artikel 13 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse

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

Daarnaast heeft u bij thuisdialyse aanspraak op vergoeding van:

- de kosten die verband houden met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen) en van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;

- de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover wij die kosten redelijk achten en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover wij die kosten redelijk achten en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voorwaarde

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

Artikel 14 IVF (In Vitro Fertilisatie) en andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

14.1 IVF

U heeft aanspraak op de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen. Een poging omvat vier fasen:

- a. rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
- b. het afnemen van eicellen (punctie);
- c. bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium;
- d. de terugplaatsing van een of twee ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Een volledige poging omvat maximaal het opeenvolgend doorlopen van alle vier genoemde fasen. Een volledige poging kan echter ook bestaan uit fase b, c en d. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF behandeling waaruit zij zijn ontstaan.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- De IVF-behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatie-behandeling worden gelijkgesteld aan een IVF-poging. Er bestaat geen aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg ten behoeve van de donor.
- Bij de vrouwelijke verzekerde wordt IVF tot en met 40 jaar vergoed. Na de 40 jarige leeftijd en voor de 45 jarige leeftijd komt IVF voor vergoeding in aanmerking, mits de doelmatigheid van de behandeling in de individuele situatie is beoordeeld en is vastgesteld.
- Onder een gerealiseerde zwangerschap wordt een voortgaande zwangerschap verstaan. Dat is een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie.
- Het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) is van toepassing. Wij vergoeden de kosten maximaal tot de door de overheid vastgestelde bedragen.

14.2 Overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

U heeft aanspraak op overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, behandelingen in verband met operatieve ingrepen en kunstmatige inseminatie.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Er bestaat geen aanspraak op geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid.

Artikel 15 Oncologieonderzoek bij kinderen

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

Artikel 16 Astma Centrum (Nederlands) te Davos (Zwitserland)

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

Voorwaarden

- Een soortgelijke behandeling heeft in Nederland zonder succes plaatsgehad en wij achten de behandeling in Davos doelmatig.
- U moet zijn doorverwezen door een longarts.

Artikel 17 Mechanische beademing

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

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

Artikel 18 Trombosedienst

U heeft aanspraak op zorg door de trombosedienst. U moet zijn doorverwezen door een arts. De zorg omvat:

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

Artikel 19 Audiologisch centrum

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

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg wanneer noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen, door een tot dat doel door ons gecontracteerd audiologisch centrum.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, kinderarts, keel-, neus- en oorarts of jeugdgezondheidszorgarts.

Artikel 20 Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing

U heeft aanspraak op erfelijkheidsonderzoek en -adviesing in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek:

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

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

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts.

Artikel 21 Behandeling van psoriasis

U heeft aanspraak op behandeling van psoriasis door middel van UV-B lichtbehandeling bij u thuis.

Voorwaarden

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan ons overleggen.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 22 Telemonitoring

Verzekerden met chronisch hartfalen hebben aanspraak op huur van apparatuur voor telemonitoring en de daarbij behorende begeleiding.

Voorwaarde

U heeft alleen aanspraak als de apparatuur geleverd wordt door Philips en de begeleiding verzorgd wordt onder supervisie van uw cardioloog.

Artikel 23 Huisartsenzorg

U heeft aanspraak op:

- zorg verleend door een huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is;
 - röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts.
- De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.

Tevens heeft u aanspraak op een aantal door een huisarts uitgevoerde behandelingen, die eveneens vallen onder de zorg die medisch specialisten plegen te bieden. U heeft alleen aanspraak op deze behandelingen wanneer wij dit in ons contract met de desbetreffende huisarts zijn overeengekomen.

Voorwaarde

U heeft alleen aanspraak op de laboratoriumkosten wanneer deze zijn gedeclareerd door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland.

Artikel 24 Farmaceutische zorg

24.1 Algemeen

Wij vergoeden, volgens het Achmea reglement Farmaceutische Zorg, de kosten van:

- geregistreerde geneesmiddelen die op basis van het Besluit zorgverzekering zijn aangewezen door Achmea Zorg. Er bestaat een limitatieve lijst van geneesmiddelen waarvoor aanvullende voorwaarden gelden. Een daarvan is dat voor verstrekking van sommige geneesmiddelen van die lijst wij u toestemming moeten geven;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd, wanneer het rationele farmacotherapie betreft, dit zijn geneesmiddelen die:
 - door of in opdracht van een apotheker in zijn/haar apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - volgens artikel 40, derde lid, onder c van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of
 - volgens artikel 40, derde lid, onder c van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- dieetpreparaten, wanneer er sprake is van een ernstige slik-, passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornis of een ernstige voedselallergie of wanneer er sprake is van dreigende ernstige ondervoeding bij een verzekerde die lijdt aan chronisch obstructief longlijden, ernstige cystische fibrose of ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.

Het Achmea reglement Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Op de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor de meeste geneesmiddelen een vergoedingslimiet is vastgesteld.

Wanneer de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, vergoeden wij tot maximaal de vergoedingslimiet.

Bij de levering van de hierboven bedoelde geneesmiddelen en dieetpreparaten door een niet door ons gecontracteerde apotheker of apotheekhoudende huisarts wordt een bedrag van € 2,50 per aflevering niet vergoed.

Voorwaarden

- De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door:
 - een huisarts, medisch specialist, tandarts, verloskundige of op basis van ministeriële regeling aangewezen verpleegkundige wiens zorg u volgens deze polis heeft ingeroepen;
 - een arts verbonden aan een consultatiebureau voor geboorteregeling, een persoon of instelling die zorg verleent als bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
 - een arts die is verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst en de zorg strekt ter behandeling van tuberculose of tuberculose-infectie.
- De farmaceutische zorg moet geleverd worden door een apotheker of apotheekhoudende huisarts. Wij vergoeden de kosten van dieetpreparaten en de geneesmiddelen waarvoor aanvullende voorwaarden gelden alleen, wanneer wij u vooraf onze toestemming hebben gegeven en u voldoet aan de voorwaarden die wij stellen in bijlage 1 'Nadere voorwaarden voor vergoeding' van het reglement Farmaceutische Zorg.
- Voor insuline is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis.
- Wij vergoeden niet de kosten van farmaceutische zorg in de in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen.
- Wij vergoeden niet de kosten van geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet.
- Wij vergoeden niet de kosten van geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet.
- Wij vergoeden niet de kosten van geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.

24.2 Anticonceptiva

Wij vergoeden de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes voor de vrouwelijke verzekerde.

Voorwaarden

- Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist en moet geleverd worden door een in Nederland gevestigde apotheker of apotheekhoudende huisarts en dient alleen voor eigen gebruik.
- Voor de anticonceptiepill is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van de eigen bijdrage (bovenlimietprijs).

Artikel 25 Fysiotherapie en oefentherapie

25.1 Chronische aandoeningen

Wij vergoeden de kosten van de 10e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut bij bepaalde aandoeningen, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van de folder 'Paramedische Zorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar vergoeden wij tevens de kosten van de eerste 9 behandelingen.

Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 20,- per zitting.

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Fysiotherapie. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en is opgenomen in de folder 'Paramedische Zorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Voor vergoeding van de kosten van een behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten respectievelijk als zorg plegen te bieden.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde huidtherapeut.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

25.2 Niet chronische aandoeningen

Voor verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij de kosten van 9 behandelingen per aandoening per jaar door een fysiotherapeut of oefentherapeut, eventueel verlengd met nogmaals 9 behandelingen wanneer er sprake is van ontoereikend resultaat.

Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 20,- per zitting. Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Fysiotherapie. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en is opgenomen in de folder 'Paramedische Zorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Voor vergoeding van de kosten van een behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten respectievelijk als zorg plegen te bieden.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde huidtherapeut.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

Artikel 26 Ergotherapie

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

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 27 Logopedie

U heeft aanspraak op behandeling door een logopedist voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Voorwaarde

U heeft alleen aanspraak wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist.

Uitsluiting

Onder logopedie wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid.

Artikel 28 Dieetadvisering

U heeft aanspraak op 4 uur dieetadvisering per kalenderjaar door een diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel.

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen diëtisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een arts of tandarts.
- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.

Artikel 29 Hulpmiddelen

29.1 Algemeen

Wij vergoeden de kosten van:

- levering van hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom; hiervoor geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage of gemaximeerde vergoeding;
 - het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
 - reservehulpmiddelen;
- overeenkomstig het Achmea reglement Hulpmiddelen.

Het Achmea reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wanneer u een hulpmiddel aanschaft bij een hiervoor niet door ons gecontracteerde leverancier, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een hiervoor gecontracteerde leverancier. U moet er dan rekening mee houden dat u een bedrag moet bijbetalen. De hoogte van de vergoeding staat vermeld in het Achmea reglement Hulpmiddelen.

Conform het Achmea reglement Hulpmiddelen omvat de aanspraak, in afwijking van artikel 11.1 en bovenstaande, in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen.

Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de levering van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, overeenkomstig het Achmea reglement Hulpmiddelen.

Voorwaarden

- Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een leverancier. In de bijlage van het Achmea reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- Informatie over het hulpmiddel en een overzicht van de door ons gecontracteerde leveranciers in uw omgeving kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

29.2 Overige hulpmiddelen, als onderdeel van de medisch specialistische zorg

Onderstaande hulpmiddelen kunnen worden ingezet als onderdeel van de medisch specialistische zorg, als bedoeld in artikel 1 tot en met 5. Het gebruik van deze hulpmiddelen is alleen mogelijk onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, ongeacht de plaats van behandeling. Dit betekent dat de behandeling eventueel thuis kan plaatsvinden of worden voortgezet als de medisch specialist dat doelmatig en verantwoord acht.

CPM motorslede

U heeft aanspraak op het gebruik van een CPM motorslede ter nabehandeling van een operatieve behandeling van letsel aan knie- of enkelgewricht.

VAC (Vacuum Assisted Closure) System

U heeft aanspraak op het gebruik van een vacuüm pomp systeem als behandeling van langdurige grote open (ontstoken) wonden.

Artikel 30 Prenatale screening

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

30.1 Counseling

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

30.2 Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)

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

30.3 Combinatietest

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

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

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

Artikel 31 Bevalling en verloskundige zorg

31.1 Met medische noodzaak

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van:

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

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

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde verloskundige vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

31.2 Zonder medische noodzaak

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van:

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

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

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde verloskundige vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

Artikel 32 Kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van kraamzorg:

- thuis. Wij regelen voor de zwangere verzekerde de noodzakelijke kraamzorg. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 3,70 per uur kraamzorg. Als u de noodzakelijke kraamzorg niet door ons wilt laten regelen, komt daarbij een extra eigen bijdrage van € 5,- per uur kraamzorg. De omvang van de kraamzorg hangt samen met uw persoonlijke situatie na de bevalling en wordt door het kraamcentrum in goed overleg met u, conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, vastgesteld. Een toelichting op dit protocol kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
 - in het ziekenhuis. Als u zonder medische indicatie in het ziekenhuis bevalt, geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 14,50 per opnamedag, vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 104,50 per dag te boven gaat. U krijgt maximaal 10 dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.
- Informatie over onze kraamzorgservice vindt u in de folder 'Bevalling en Kraamzorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

Als u uw kraamzorg door ons wilt laten regelen, moet u uiterlijk in de 5e maand van de zwangerschap contact met ons opnemen.

Artikel 33 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer:

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

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van vervoer:

- per ambulance;
- zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,25 per kilometer bij vervoer per eigen auto bij verzekerden die:
 - nierdialyse ondergaan;
 - oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaan;
 - visueel gehandicapt zijn en zich zonder begeleiding niet kunnen verplaatsen;
 - rolstoelafhankelijk zijn.
- Vervoer van een begeleider wanneer begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, taxi of eigen auto) geldt een eigen bijdrage van € 86,- per persoon per kalenderjaar. Bij een niet door ons gecontracteerde taxi geldt een maximale kilometervergoeding van € 0,70 per kilometer.

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

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen van ambulancevervoer als zittend ziekenvervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- Voor zittend ziekenvervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak heeft. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn vindt u op het vergoedingenoverzicht. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de folder 'Vervoer' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw zorgverzekering of de AWBZ vergoeden.
- Wanneer zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander middel van vervoer.
- In bijzondere gevallen is begeleiding door twee begeleiders mogelijk. In dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen mag de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedragen, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

Tandheelkundige zorg artikelen 34 t/m 40

U heeft aanspraak op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden zoals beschreven in artikelen 34 t/m 40.

Artikel 34 Tandheelkundige zorg tot 22 jaar

U heeft aanspraak op de volgende tandheelkundige behandelingen:

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

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist(e) of een door ons gecontracteerde tandprotheticus. Zij moeten bevoegd zijn voor het uitvoeren van de betreffende behandeling.

Artikel 35 Tandheelkundige zorg vanaf 22 jaar - algemeen

U heeft aanspraak op chirurgische tandheelkundige zorg van specialistische aard en de daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming geven voor alle osteotomie (kaakoperaties) behandelingen en implantaten die dienen ter ondersteuning van een volledige uitneembare prothese.
- De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg.

Artikel 36 Tandheelkundige zorg vanaf 22 jaar - uitneembare prothesen

U heeft aanspraak op vervaardiging en plaatsing van:

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

U heeft recht op vergoeding van 75% van de kosten.

U heeft recht op 100% van de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese.

Voorwaarden

- De prothese moet geleverd en gedeclareerd worden door een tandarts of een door ons gecontracteerde tandprotheticus.
- Wanneer de uitneembare volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde gelden in plaats van de UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes, de door de NZa vastgestelde tarieven.
- Reparaties aan de prothese moeten worden uitgevoerd door een tandarts, of een door ons gecontracteerde tandprotheticus.
- Wanneer de prothese binnen 5 jaar wordt vervangen moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Wanneer de totale kosten van de prothetische voorziening inclusief techniekkosten bij vervaardiging en plaatsing door een tandarts hoger zijn dan € 600,- per onder- c.q. bovenkaak dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 37 Implantaten

37.1 Implantaten

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

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door een kaakchirurg, een tandarts of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandenloze kaak.

37.2 Uitneembare volledige prothese op implantaten

U heeft aanspraak op een uitneembare volledige prothese op implantaten wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Er geldt een eigen bijdrage van € 90,- per boven- of onderkaak.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door een tandarts, een door ons gecontracteerde tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandenloze kaak.
- De implantaat gedragen prothese moet vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts, een door ons gecontracteerde tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Wanneer de prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde gelden in plaats van de UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes, de door de NZa vastgestelde tarieven.

Artikel 38 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap die zonder zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie welke zij zouden hebben gehad zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking hebben aanspraak op behandeling door een tandarts, kaakchirurg of het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Voorwaarden

- Voor lichamenlijk en/of verstandelijk gehandicapten bestaat alleen aanspraak wanneer geen aanspraak gemaakt kan worden op tandheelkundige verstrekkingen vanuit de AWBZ.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.
- U heeft alleen aanspraak wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.

Artikel 39 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

U heeft aanspraak op een tandheelkundige behandeling in gevallen waarin:

- u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- u volgens de richtlijnen van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen. Voor extreem angstige verzekerde geldt bij preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare (niet zijnde volledige) prothetische voorzieningen een wettelijke bijdrage ter hoogte van het verschil ten opzichte van het reguliere tandheelkundige tarief.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.
- U heeft alleen aanspraak wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.

Artikel 40 Orthodontie in bijzondere gevallen

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

Voorwaarden

- U heeft alleen aanspraak als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- De behandeling moet medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines vereisen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.

Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen aanvullende verzekeringen

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden artikelen 1 t/m 17 die gelden voor de Beter Af Polis zijn ook van toepassing op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Naast deze artikelen gelden enkele specifieke artikelen voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Deze zijn hieronder beschreven.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering

De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op de Beter Af Polis.

Podoloog

Een podoloog die als Register-Podoloog B geregistreerd staat bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoet aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP

Podotherapeut

Een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zorgverzekeraar

Voor de uitvoering van de aanvullende verzekering is dat Achmea Zorgverzekeringen N.V. Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij het AFM onder nummer 12000647.

Artikel 2 Aanmelding en inschrijving

- Iedereen, die recht heeft op de Beter Af Polis, kan op eigen verzoek, een aanvullende verzekering aanvragen. U meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier.
- Wij kunnen een verzoek tot inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren wanneer:
 - u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder werd afgesloten met ons;
 - u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 17 van de Beter Af Polis;
 - de gezondheidstoestand van u hiertoe aanleiding geeft.
- Het is voor kinderen jonger dan 18 jaar niet mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan de aanvullende verzekering van (één van) de bij ons verzekerde ouders.
- Voor collectief verzekerden is het Beter Af Extra Pakket ontwikkeld als extra dekking op de Beter Af Plus Polis. Iedereen die collectief is verzekerd en een Beter Af Plus Polis heeft afgesloten, krijgt automatisch het meer uitgebreidere Beter Af Extra Pakket.

Artikel 3 Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering

- 3.1 Ingangsdatum en duur van uw aanvullende verzekering**

U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende verzekering uitbreiden met een aanvullende verzekering. Uitbreiding vindt alleen plaats per 1 januari en nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan. Er kan een medische beoordeling plaatsvinden.
- 3.2 Einde van uw aanvullende verzekering**
 - U (verzekeringnemer) kunt uw aanvullende verzekering beëindigen door uiterlijk 31 december schriftelijk op te zeggen. De aanvullende verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk.
 - Wij beëindigen uw aanvullende verzekering:
 - op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen binnen 45 dagen na de vervaldag nog niet zijn betaald. Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van uzelf als van uw kinderen onder de 18 jaar;
 - met onmiddellijke ingang, wanneer u niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig hebt ingevuld, of omstandigheden hebt verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 - bij aangetoonde fraude.

Artikel 4 Verplicht en Vrijwillig gekozen eigen Risico

- Het verplicht eigen risico is alleen van toepassing op de Beter Af Polis en niet op de aanvullende verzekering.
- Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de Beter Af Polis aanspraak kan worden gemaakt. Het vrijwillig gekozen eigen risico is niet van toepassing op de aanvullende verzekering.

Artikel 5 Premie

5.1 Hoogte van de premie

- De hoogte van de premie is afhankelijk van uw leeftijd. Voor het Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket is de hoogte van de premie ook afhankelijk van de regio waarin u woont. Wanneer de premie hoger wordt doordat u na de eerste van de maand een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand daaropvolgend. Wijzigt uw leeftijd per de eerste van de maand, dan wijzigt de premie per de eerste van de desbetreffende maand.
- Als één van de ouders bij ons een zorgverzekering en Beter Af Plus Polis heeft afgesloten, dan is de verzekerde jonger dan 18 jaar geen premie verschuldigd voor de Beter Af Plus Polis, mits deze Beter Af Plus Polis niet hoger is dan die van de ouders.

5.2 Niet-tijdige betaling

In aanvulling op artikel 9.3.1 en 9.3.2 van de Beter Af Polis geldt dat aanspraken vervallen, als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning van ons. De aanspraken vervallen dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand na het verstrijken van de genoemde betalingstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan. Bij premieachterstand beëindigen wij de Beter Af Polis en de eventuele aanvullende verzekering. Aan het afsluiten van de aanvullende verzekering gaat een medische acceptatie vooraf. Als de aanvraag akkoord is dan wordt de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op de maand van de aanvraag afgesloten.

Artikel 6 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.
- Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.
- Wanneer u niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit schriftelijk aan ons melden binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat.
- U mag de wijziging niet weigeren wanneer:
 - de premieverhoging en/of de beperkingen van de vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
 - uw premie hoger wordt door het overschrijden van een leeftijdsgrens of doordat u verhuist naar een andere regio.

Artikel 7 Aanspraken

- U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.
- 7.2 Samenloop**
 - U kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op genoten vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt.
 - Als u naast deze aanvullende verzekering een reisverzekering heeft afgesloten en geneeskundige kosten maakt tijdens een reis waarvoor deze reisverzekering in beginsel dekking biedt, biedt deze aanvullende verzekering voor die geneeskundige kosten geen vergoeding. De dekking van deze aanvullende verzekering moet in geval van samenloop met de dekking van die andere verzekering geheel worden weggelaten.

Deze vergoedingsuitsluiting is opgenomen in verband met een mogelijke excedentbepaling terzake van geneeskundige kosten in de voorwaarden van de bedoelde reisverzekering. De vergoedingsuitsluiting geldt niet voor de geneeskundige kosten die bij deze reisverzekering niet zijn opgenomen in een lijst van geneeskundige kosten die vergoed worden.

De vergoedingsuitsluiting geldt ook niet wanneer vanwege toepassing van een vrijwillig gekozen eigen risico of een vergoedingsmaximum, geneeskundige kosten geheel of gedeeltelijk om die redenen niet onder de reisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Alleen in die situaties biedt deze aanvullende verzekering vergoeding volgens de geldende polisvoorwaarden.

- 7.3** De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts vanuit de aanvullende verzekering tot de uitkering zoals omschreven in het clausuleblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Deze clausule en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- 7.4** Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:
- de Beter Af Polis;
 - de Beter Af Tandarts Polis;
 - de Beter Af Plus Polis;
 - het Beter Af Extra Pakket.

Artikel 8 Geldend maken van zorgaanspraken

Artikel 12.2 van de Beter Af Polis is niet van toepassing op de aanvullende verzekering.

Artikel 9 Geschillen

Dit artikel vervangt artikel 15 van de Beter Af Polis.

Bent u het niet eens met een beslissing over de uitvoering van uw aanvullende verzekering dan kunt u binnen zes maanden nadat de beslissing aan u is meegedeeld een klacht indienen bij onze afdeling Centrale Klachten Coördinatie. Deze afdeling handelt namens de directie. U kunt uw klacht schriftelijk, telefonisch of via onze website bij ons indienen.

De afdeling Centrale Klachten Coördinatie zal u verder informeren over het verloop van de procedure. Zij informeren u ook over eventuele vervolgstappen die u kunt nemen, als u het niet eens bent met de wijze waarop wij uw klacht hebben afgehandeld (bijvoorbeeld via de Ombudsman Zorgverzekeringen).

Hoe u bij ons een klacht indient en hoe wij hier vervolgens mee omgaan, vertellen wij u in de folder 'Heeft u klachten, vertel het ons' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 10 Materiële controle en fraude

Wij verrichten onderzoek naar de rechtmatigheid (is de prestatie door de zorgverlener daadwerkelijk geleverd) en doelmatigheid (is de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie gezien de gezondheidstoestand van verzekerde) van ingediende declaraties overeenkomstig hetgeen daarover voor de Beter Af Polis is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Beter Af Plus Polis en Beter Af Extra Pakket

Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u bij ons heeft afgesloten. Naast de vergoedingen uit de Beter Af Polis heeft u recht op standaard vele voordelen. Deze voordelen staan vermeld op het vergoedingenoverzicht.

Artikel 1 Kosten van overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname

Wanneer u wordt opgenomen in een ziekenhuis in Nederland dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt, vergoeden wij bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:

- de kosten van overnachting van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een door ons gecontracteerd gasthuis;
- een kilometervergoeding voor de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,25 per kilometer;
- de kosten van openbaar vervoer (laagste klasse) van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarde

U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.

Uitsluiting

Wij vergoeden deze kosten niet bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen
3 sterren	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden tezamen
4 sterren	maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen

Artikel 2 Kosten van overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Wij vergoeden de kosten van overnachting in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis en/of een door ons gecontracteerd gasthuis, wanneer u een poliklinische behandelcyclus ondergaat.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 35,- per dag
3 sterren	maximaal € 35,- per dag
4 sterren	maximaal € 35,- per dag

Artikel 3 Cosmetische chirurgie/Plastische chirurgie

3.1 Met medische indicatie

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard wanneer de behandeling leidt tot correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke stoornissen. Wij vergoeden de volgende behandelingen:

- correctie van bovenoogleden;
- correctie van oorstand;
- tepelhofatoeage na borstamputatie.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	100%
3 sterren	100%
4 sterren	100%

3.2 Zonder medische indicatie

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	geen dekking
4 sterren	maximaal € 250,- per persoon per 3 kalenderjaren

Artikel 4 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis of een hiervoor door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een hersteloperatie.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	100%
4 sterren	100%

Artikel 5 Circumcisie

Wij vergoeden de kosten van circumcisie (besnijdenis) van de man op religieuze gronden.

Voorwaarde

De behandeling moet plaatsvinden bij een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener, in een hiervoor door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum of een hiervoor door ons gecontracteerde besnijdeniskliniek.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	100%
4 sterren	100%

Artikel 6 Eigen bijdrage psychotherapie

Wij vergoeden de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij aanspraak op psychotherapie vanuit de Beter Af Polis.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	100%
4 sterren	100%

Artikel 7 Eigen bijdrage eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij aanspraak op eerstelijnspsychologische zorg vanuit de Beter Af Polis.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	100%
4 sterren	100%

Artikel 8 Behandeling van psoriasis

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis in een door ons gecontracteerd psoriasisdagbehandelingscentrum.

Voorwaarden

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasisdagbehandelingscentrum overleggen.
- Het psoriasisdagbehandelingscentrum moet u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 1.250,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 9 Orthopedische geneeskunde

Wij vergoeden de kosten van consulten van een door ons gecontracteerde orthopedisch geneeskundige. De consulten bestaan uit de diagnostiek en de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat waarbij geen gebruik wordt gemaakt van operaties. Het overzicht met de door ons gecontracteerde orthopedische geneeskundigen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 10 Alternatieve geneeswijzen en therapieën

Wij vergoeden de kosten van consulten van alternatieve behandelaars.

Voorwaarden

- De alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde kwaliteitseisen voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze kwaliteitseisen maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- Het consult wordt gegeven op individuele basis.
- Wanneer de alternatief genezer tevens de huisarts is worden de kosten niet vergoed.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie.
- Wij vergoeden niet de kosten van kuren en reizen.
- Wij vergoeden niet de kosten van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 175,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 350,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 50,- per dag tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

Beter Af Extra Pakket

Wij vergoeden na het bereiken van de maximale vergoeding per kalenderjaar uit de Beter Af Plus Polis aanvullend maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 125,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 11 Alternatieve geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de geneesmiddelenlijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de geneeskunst (KNMP) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een door ons gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar

Beter Af Extra Pakket

Maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 12 Farmaceutische zorg

12.1 Bovenlimietprijs

Wij vergoeden de eigen bijdrage (bovenlimietprijs) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van de Beter Af Polis.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	geen dekking
4 sterren	100% tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

12.2 Melatonine

Wij vergoeden bij slaapproblemen ten gevolge van DSPS, ADHD en PDD-NOS de kosten van het geneesmiddel melatonine.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Bij klachten ten gevolge van DSPS moet de melatonine zijn voorgeschreven door een arts die verbonden is aan een door ons gecontracteerd slaapcentrum in Nederland.
- Bij klachten ten gevolge van ADHD en PDD-NOS moet de melatonine zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog, die verbonden is aan een door ons gecontracteerde instelling.
- De melatonine moet geleverd worden door een door ons gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 13 Geneesmiddelen ter bevordering van de vruchtbaarheid

Wij vergoeden als aanvulling op artikel 14.2 van de Beter Af Polis de geneesmiddelen die dienen ter bevordering van de vruchtbaarheid.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	100%
4 sterren	100%

Artikel 14 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut.

Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van de Beter Af Polis aanspraak hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.

Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 20,- per zitting.

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Fysiotherapie. Dit overzicht maakt deel uit van de polis en is opgenomen in de folder 'Paramedische Zorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Voor vergoeding van een behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van individuele behandeling, wanneer u in aanmerking komt voor groepsbehandeling zoals omschreven in artikel 15.

Beter Af Plus Polis

1 ster	maximaal 6 behandelingen per persoon per kalenderjaar
2 sterren	maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar waarvan maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener
4 sterren	100% bij behandeling door een door ons gecontracteerde zorgverlener. Maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

Artikel 15 Bewegingstherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een hiervoor door ons gecontracteerde fysiotherapeut en/of door een hiervoor door ons gecontracteerde oefentherapeut voor groepsbehandelingen (5 tot maximaal 10 personen). De vergoeding geldt voor verzekerden met obesitas (BMI >30), revaliderende mensen met voormalig hartfalen en patiënten met diabetes type 2.

Voorwaarde

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Beter Af Plus Polis

1 ster	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar
2 sterren	maximaal € 175,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal € 350,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 350,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 16 Bewegen in extra verwarmd water

Wij vergoeden voor verzekerden met reuma de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water in een zwembad.

Voorwaarde

De oefentherapie moet in groepsverband en onder leiding van een fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 4,- per keer tot maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 5,- per keer tot maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 17 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de Hausdörfermethode van het Instituut Natuurlijk Spreken te Deurningen;
- volgens de BOMA-methode in het instituut 'De Pauw' te Harlingen.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 225,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
3 sterren	maximaal € 450,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
4 sterren	maximaal € 900,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 18 Dieetadvisering/voedingsvoorlichting

Wij vergoeden de kosten van:

- dieetadvisering door een diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Wij vergoeden ook de kosten van advies door een diëtist bij deelname aan Victory Camp of het Dikke Vrienden Kamp;
- voedingsvoorlichting door een door ons gecontracteerde gewichtsconsulent of een diëtist. Voedingsvoorlichting omvat voorlichting en advisering.

Voorwaarden

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.
- De behandelend gewichtsconsulent moet zijn aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze vereniging.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	100% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	100% tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 19 Hulpmiddelen

19.1 Eigen Bijdragen

U bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van het Achmea reglement Hulpmiddelen in bepaalde gevallen een eigen bijdrage verschuldigd. Wij vergoeden voor de volgende hulpmiddelen een gedeelte van de eigen bijdrage conform de volgende voorwaarden:

- de vergoeding die u ontvangt bij de aanschaf van een pruik vullen wij aan tot een maximum bedrag;
- de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een hoortoestel voorzien van een afstandsbediening vergoeden wij op medische indicatie tot een maximum bedrag.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	pruiken: aanvulling op de vergoeding uit het Achmea reglement Hulpmiddelen tot een totale vergoeding van maximaal € 345,-; hoortoestel met afstandsbediening: aanvulling op de vergoeding uit het Achmea reglement Hulpmiddelen met maximaal € 185,- per apparaat
4 sterren	pruiken: aanvulling op de vergoeding uit het Achmea reglement Hulpmiddelen tot een totale vergoeding van maximaal € 460,-; hoortoestel met afstandsbediening: aanvulling op de vergoeding uit het Achmea reglement Hulpmiddelen met maximaal € 230,- per apparaat

19.2 Overige hulpmiddelen

19.2.1 Personenalarmering

Wij vergoeden de kosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

Voorwaarde

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u recht heeft op vergoeding van het persoonsalarmeringskastje vanuit de Beter Af Polis (artikel 29, hulpmiddelen).

Beter Af Plus Polis

1 ster	100%
2 sterren	100%
3 sterren	100%
4 sterren	100%

19.2.2 Plakstrips mammaprothese

Wij vergoeden de kosten van plakstrips voor de bevestiging van uitwendig te dragen mammaprothesen na borstamputatie.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	100%
4 sterren	100%

19.2.3 Plaswekker

Wij vergoeden de kosten van aanschaf of huur van een plaswekker.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 100,- per gezin voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
4 sterren	maximaal € 100,- per gezin voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

19.2.4 Brillen en contactlenzen

19.2.4.1 Pearle Opticiens en Eye Wish

Wij vergoeden de kosten van contactlenzen op sterkte en brillen met glazen op sterkte.

Voorwaarden

- U dient bij aanschaf van de bril of lenzen in de winkel aan te geven dat u van deze vergoedingsregeling gebruik wenst te maken.
- De vergoeding wordt door Pearle Opticiens en Eye Wish rechtstreeks met ons verrekend.

Beter Af Plus Polis

1 ster	brillen: complete enkelvoudige bril € 50,-; of complete multifocale bril € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren óf lenzen: 10% korting op lenzen en vloeistoffen
2 sterren	brillen: complete enkelvoudige bril € 50,-; of complete multifocale bril € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren óf lenzen: 10% korting op lenzen en vloeistoffen
3 sterren	brillen: complete enkelvoudige bril € 100,-; of complete multifocale bril € 150,- per persoon per 3 kalenderjaren óf lenzen: 15% korting op lenzen en vloeistoffen en een vergoeding van maximaal € 45,- per persoon per 3 kalenderjaren
4 sterren	brillen: complete enkelvoudige bril € 200,-; of complete multifocale bril € 250,- per persoon per 3 kalenderjaren óf lenzen: 20% korting op lenzen en vloeistoffen en een vergoeding van maximaal € 95,- per persoon per 3 kalenderjaren

óf

19.2.4.2 Overige opticiens

Wij vergoeden de kosten van contactlenzen op sterkte en brillen met glazen op sterkte.

Voorwaarde

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer de brillen en contactlenzen zijn geleverd door een opticien of optiekbedrijf.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 45,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen
4 sterren	maximaal € 95,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen

19.2.5 Steunpessarium

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium geleverd door een huisarts ter voorkoming of verlichting van een baarmoederverzakking.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	100%
4 sterren	100%

19.2.6 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Wij vergoeden de volledige aanschafkosten van het sensormatje van Nanny Care in eigendom of de kosten van huur van een bewakingsmonitor voor maximaal 12 maanden.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een arts.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de kosten van huur van een bewakingsmonitor.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	100%
3 sterren	100%
4 sterren	100%

19.2.7 AeroChamber

Wij vergoeden de kosten van een AeroChamber, die wordt gebruikt voor de inhalatie van een dosis-aërosol.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Beter Af Plus Polis

1 ster	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
2 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 20 GeboorteTENS

Wij vergoeden de kosten van bruikleen van een GeboorteTENS voor pijnbestrijding tijdens de bevalling.

Voorwaarde

De apparatuur moet worden geleverd door een hiervoor door ons gecontracteerde leverancier en wordt tijdelijk aan u ter beschikking gesteld.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	100%
4 sterren	100%

Artikel 21 Bevalling en verloskundige zorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van de Beter Af Polis in rekening gebrachte eigen bijdrage bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie geleid door een verloskundige of huisarts.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	50% vergoeding van de eigen bijdrage
3 sterren	50% vergoeding van de eigen bijdrage
4 sterren	100% vergoeding van de eigen bijdrage

Artikel 22 Kraamzorg

22.1 Eigen bijdrage kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van de Beter Af Polis in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage kraamzorg.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	geen dekking
4 sterren	100%

22.2 Uitgestelde kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van uitgestelde kraamzorg door een hiervoor door ons gecontracteerd kraamcentrum.

Voorwaarde

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het door ons gecontracteerde kraamcentrum de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk acht.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal 15 uur, eigen bijdrage € 3,70 per uur
4 sterren	maximaal 15 uur, 100%

Artikel 23 Kraampakket

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde

U moet het kraampakket minimaal 2 maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	100%
3 sterren	100%
4 sterren	100%

Artikel 24 Lactatiekundige zorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met borstvoedingsproblemen de kosten van de hulp en advies door een lactatiekundige.

Voorwaarde

De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de beroepsvereniging NVL of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de beroepsvereniging NVL of in dienst zijn van een door ons gecontracteerd kraamcentrum.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	75% tot maximaal €115,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	100% tot maximaal €115,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 25 Adoptie-kraamzorg

Nadat een of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van de zorgverzekering wettig zijn geadopteerd, bij ons zijn ingeschreven in de Beter Af Polis, vergoeden wij de kosten van adoptiekraamzorg door een hiervoor door ons gecontracteerd kraamcentrum.

Voorwaarde

Wij vergoeden alleen kraamzorg wanneer het adoptiekind op het moment van adoptie jonger dan 12 maanden is en niet reeds deel uitmaakt van het desbetreffende gezin.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag
3 sterren	maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag
4 sterren	maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag

Artikel 26 Vervoer van zieken

26.1 Vervoerskosten

Wij vergoeden de kosten van zittend ziekenvervoer wanneer en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is. De vergoeding geldt voor personen die geen aanspraak hebben op vervoer vanuit de Beter Af Polis.

Wij vergoeden de kosten van taxivervoer of eigen vervoer per auto zowel naar als van:

- een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname;
- een ziekenhuis voor poliklinische behandeling of onderzoek op verzoek van een medisch specialist;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;
- een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese;
- een inrichting waarin u ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

Bij taxivervoer door een niet door ons gecontracteerde vervoerder ontvangt u slechts een gedeeltelijke vergoeding.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak kunt maken. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn vindt u op het vergoedingenoverzicht. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de folder 'Vervoer' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die vanuit uw Beter Af Polis, de AWBZ of uw aanvullende verzekering wordt vergoed.
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen mag de afstand tot de zorgverlener niet meer dan 200 kilometer bedragen, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	eigen vervoer € 0,25 per km; taxi gecontracteerd 100%, niet gecontracteerd maximaal € 0,70 per km. tot maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar. Eigen bijdrage € 86,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	eigen vervoer € 0,25 per km; taxi gecontracteerd 100%, niet gecontracteerd maximaal € 0,70 per km. tot maximaal € 2.000,- per persoon per kalenderjaar

26.2 Eigen bijdrage vervoerskosten

Wij vergoeden de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij aanspraak op vervoer vanuit de Beter Af Polis.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	geen dekking
4 sterren	100%

Artikel 27 Buitenland

27.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.
- Tandheelkundige zorg wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Beter Af Tandarts Polis heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

Beter Af Plus Polis

1 ster	100%, bij verblijf van maximaal 6 maanden
2 sterren	100%, bij verblijf van maximaal 6 maanden
3 sterren	100%, bij verblijf van maximaal 6 maanden
4 sterren	100%, bij verblijf van maximaal 6 maanden

Beter Af Extra Pakket

100%, bij verblijf van maximaal 12 maanden

27.2 Vervoerskosten bij zorgbemiddeling naar het buitenland

Wij vergoeden de kosten van vervoer vanuit Nederland bij ziekenhuisopname via onze zorgbemiddeling in een zorginstelling in België of Duitsland en van hieruit terug naar Nederland. De kosten van door ons gecontracteerd taxivervoer vergoeden wij volledig. Bij vervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,25 per kilometer. Openbaar vervoer vergoeden wij op basis van de laagste klasse.

Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- Er moet sprake zijn van wachttijdverkorting.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak kunt maken. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn vindt u op het vergoedingen-overzicht. Informatie over ziekenvervoer vindt u in de folder 'Vervoer' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	gecontracteerd taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,25 per km
3 sterren	gecontracteerd taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,25 per km
4 sterren	gecontracteerd taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,25 per km

27.3 Overnachting- en vervoerskosten gezinsleden bij zorgbemiddeling naar het buitenland

Wij vergoeden, wanneer u vanuit Nederland voor gecontracteerde zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling op grond van artikel 27.2, voor uw gezinsleden bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:

- de overnachtingkosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis;
- een kilometervergoeding bij vervoer per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,25 per kilometer en voor maximaal 700 kilometer per opname.

Voorwaarde

U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	overnachtingkosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,25 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname
3 sterren	overnachtingkosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,25 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname
4 sterren	overnachtingkosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,25 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

Artikel 28 Repatriëring en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden de kosten:

- van medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar een zorginstelling in Nederland;
- van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de woonplaats in Nederland.

Voorwaarden

- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.
- Wij vergoeden de kosten alleen na vooraf gegeven toestemming via de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

Beter Af Plus Polis

1 ster	100%
2 sterren	100%
3 sterren	100%
4 sterren	100%

Artikel 29 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de volgende ziekten bij een reis naar het buitenland:

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera;
- hepatitis A/B.

Bij een niet door ons gecontracteerde instellingen geldt een eigen bijdrage. Wij kunnen u informeren over de instellingen waar u de vaccinatie kunt laten uitvoeren.

Beter Af Plus Polis

1 ster	100% bij vestigingen van Meditel, 75% bij andere zorgverleners
2 sterren	100% bij vestigingen van Meditel, 75% bij andere zorgverleners
3 sterren	100% bij vestigingen van Meditel, 75% bij andere zorgverleners
4 sterren	100% bij vestigingen van Meditel, 75% bij andere zorgverleners

Artikel 30 Herstellingsoorden

Wij vergoeden de kosten van opname in een door ons gecontracteerd herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	geen dekking
4 sterren	maximaal € 50,- per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar

Artikel 31 Therapeutische kampen

31.1 Therapeutisch kamp voor kinderen

Wij vergoeden voor kinderen de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 10,- per dag tot maximaal 42 dagen per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 10,- per dag tot maximaal 42 dagen per persoon per kalenderjaar

31.2 Therapeutisch kamp voor gehandicapten

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt zijn en niet in een AWBZ-instelling verblijven of worden behandeld de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 10,- per dag tot maximaal 14 dagen per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 10,- per dag tot maximaal 14 dagen per persoon per kalenderjaar

Artikel 32 Herstel en Balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het Programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 600,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal € 700,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 800,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 33 Podotherapie/podologie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut of podoloog. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen.

Voorwaarde

Wij vergoeden de kosten van een podoloog alleen wanneer u bent doorverwezen door een arts.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van schoenen en schoenaanpassingen.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 135,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 34 Steunzolen

Wij vergoeden de kosten van een paar steunzolen.

Voorwaarde

De steunzolen moeten zijn geleverd door een steunzolenleverancier die aangesloten is bij een Nederlandse beroepsvereniging van steunzolenleveranciers of voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van podotherapeutische en podologische steunzolen door een podoloog.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	voor kinderen tot 18 jaar maximaal € 35,- 1x per kalenderjaar; voor verzekerden vanaf 18 jaar maximaal € 35,- 1x per 2 kalenderjaren
4 sterren	voor kinderen tot 18 jaar maximaal € 50,- 1x per kalenderjaar; voor verzekerden vanaf 18 jaar maximaal € 50,- 1x per 2 kalenderjaren

Artikel 35 Pedicurezorg

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging door een pedicure voor verzekerden met reuma of diabetes.

Voorwaarden

- De pedicure moet in het bezit zijn van het certificaat 'Diabetische voet' en/of 'Reumatische voet'.
- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts, medisch specialist of diabetesverpleegkundige aan ons overleggen, waaruit blijkt dat voetverzorging nodig is in verband met diabetes of reuma.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 21,- per behandeling tot maximaal € 126,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 21,- per behandeling tot maximaal € 210,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 36 Acnebehandeling

Wij vergoeden de kosten van een acnebehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist moet met de specialisatie 'Acne' geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 185,- per persoon per 5 kalenderjaren
4 sterren	maximaal € 370,- per persoon per 5 kalenderjaren

Artikel 37 Camouflagetherapie

Wij vergoeden de kosten van camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist moet met de specialisatie 'Camouflage' geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 38 Epilatie behandeling

Wij vergoeden aan vrouwen waarbij sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbeharing de kosten van elektrische of laserepilatie behandelingen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een arts.
- In geval van laserepilatie moet deze worden uitgevoerd in een erkende laserkliniek of door een huidtherapeut.
- De schoonheidsspecialist moet over de specialisatie 'Elektrisch epilieren' beschikken.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	75% tot maximaal € 500,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
4 sterren	75% tot maximaal € 1.000,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 39 Mantelzorgvervangning voor gehandicapten en chronisch zieken

Wij vergoeden aan personen die gehandicapt of chronisch ziek zijn en die thuis mantelzorg ontvangen, de kosten van vervangende zorg bij afwezigheid van de mantelzorg.

Voorwaarde

De zorg moet worden geleverd door Handen-in-huis (Stichting Mantelzorgvervangning Nederland in Bunnik). Handen-in-huis verzorgt tevens de aanvraag.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal 21 dagen per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal 21 dagen per persoon per kalenderjaar

Artikel 40 Vakantiehotels en vaarvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken

Wij geven aan personen die gehandicapt of chronisch ziek zijn een tegemoetkoming in de kosten van een vaar- of hotelvakantie georganiseerd door het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem.

Voorwaarden

- De vakantiecoördinator van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem doet een intakegesprek met de chronische zieke of gehandicapte en bepaalt aan de hand van de ziekte of de handicap en eerdere deelname of u in aanmerking komt.
- Er wordt gebruik gemaakt van het schip J. Henry Dunant van het Nederlandse Rode Kruis en het schip van de Zonnebloem voor de vaarvakanties.
- Voor de hotelvakanties wordt gebruik gemaakt van de hotels van het Nederlandse Rode Kruis.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	tegemoetkoming van 25% in de kosten van hotel of vaarvakantie op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem
4 sterren	tegemoetkoming van 25% in de kosten van hotel of vaarvakantie op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem

Artikel 41 Preventieve onderzoeken

Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten;
- prostaatcancer.

Voorwaarden

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener.
- Het onderzoek moet conform de vigerende wetgeving toelaatbaar zijn.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van bevolkingsonderzoek, waarvoor niet de noodzakelijke vergunning is afgegeven. Een dergelijke vergunning is noodzakelijk bij bevolkingsonderzoeken naar borstkanker, baarmoederhalskanker en prostaatcancer.

Beter Af Plus Polis

1 ster	100%
2 sterren	100%
3 sterren	100%
4 sterren	100%

Artikel 42 Preventieve cursussen

Wij geven een tegemoetkoming in de kosten voor de volgende preventieve cursussen:

- hartproblemen, georganiseerd door een hiervoor door ons gecontracteerde thuiszorginstelling;
- reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew, cursus die ten doel heeft om patiënten te leren omgaan met hun ziekte, georganiseerd door de reuma patiëntenbond of een hiervoor door ons gecontracteerde thuiszorginstelling;
- diabetes type 2 patiënten, basis of vervolg educatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een hiervoor door ons gecontracteerde thuiszorginstelling;
- afvallen, georganiseerd door een hiervoor door ons gecontracteerde thuiszorginstelling of programma 'Slim Healty'georganiseerd door onze health Centers;
- stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health, hiervoor door ons gecontracteerde lasertherapeuten waaronder Prostop Lasertherapie of een hiervoor door ons gecontracteerde thuiszorginstelling;
- de 'Vrij van alcohol' training, georganiseerd door De Helderheid;
- basis Reanimatiecursus via de Nederlandse Hartstichting;
- EHBO, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging en die opleidt tot het diploma 'eerste hulp' van het Oranje Kruis;
- eerste hulp bij kindergevallen, georganiseerd door een hiervoor door ons gecontracteerde thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging;
- babymassage, georganiseerd door een hiervoor door ons gecontracteerde thuiszorginstelling.

Wij kunnen u informeren over de plaatsen waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

Voorwaarde

U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	75% tot maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar
3 sterren	75% tot maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar
4 sterren	75% tot maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar

Artikel 43 Overgangsconsulent

Wij vergoeden het consulttarief van een overgangsconsult.

Voorwaarde

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij een hiervoor door ons gecontracteerde instelling.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	75% van het consulttarief tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	75% van het consulttarief tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 44 Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal één leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum te Dalfsen.

De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

- training voor hartpatiënten;
- training voor whiplashpatiënten;
- training voor mensen met burn out;
- training stressreductie.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of logopedist (stotterproblemen).

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 1.250,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 45 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden in een door ons gecontracteerde sportmedische instelling:

- maximaal eenmaal per 2 kalenderjaren de kosten van een sportmedisch onderzoek. Er geldt een eigen bijdrage die afhankelijk is van de uitgebreidheid van het onderzoek;
- maximaal twee maal per kalenderjaar de kosten van een blessureconsult of herhalingsconsult.

Wij kunnen u informeren over de instellingen waar u deze behandelingen kunt laten uitvoeren.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van (verplichte) sportkeuringen.

Beter Af Plus Polis

1 ster	sportmedisch onderzoek: eigen bijdrage per onderzoek: Basis € 15,-, Basis Plus € 30,-, Groot € 45,- blessure- en/of herhalingsconsult: 100%
2 sterren	sportmedisch onderzoek: eigen bijdrage per onderzoek: Basis € 15,-, Basis Plus € 30,-, Groot € 45,- blessure- en/of herhalingsconsult: 100%
3 sterren	sportmedisch onderzoek: eigen bijdrage per onderzoek: Basis € 15,-, Basis Plus € 30,-, Groot € 45,- blessure- en/of herhalingsconsult: 100%
4 sterren	sportmedisch onderzoek: eigen bijdrage per onderzoek: Basis € 15,-, Basis Plus € 30,-, Groot € 45,- blessure- en/of herhalingsconsult: 100%

Artikel 46 Obesitasbehandeling

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het deeltijd dagbehandeling-programma voor obese patiënten in de Nederlandse Obesitas Kliniek (NOK) te Hilversum. Het programma is gericht op gedragsverandering door middel van een niet chirurgische, multidisciplinaire behandeling.

Voorwaarden

- Er moet sprake zijn van obesitas graad 3. Daarvan is sprake als uw Body Mass Index (BMI) ≥ 40 bedraagt.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- U moet het volledige programma voltooid hebben.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 750,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
4 sterren	maximaal € 1.000,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 47 Orthodontie tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een orthodontist of door een tandarts.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van reparatie of vervanging, in geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	50% tot maximaal € 920,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering tot de 18 jarige leeftijd
3 sterren	75% tot maximaal € 1.375,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering tot de 18 jarige leeftijd
4 sterren	75% tot maximaal € 1.650,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering tot de 18 jarige leeftijd

Beter Af Extra Pakket

15% tot maximaal € 275,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering tot de 18 jarige leeftijd

Artikel 48 Tandheelkundige zorg tot 18 jaar - kronen, bruggen, inlays en implantaten

Wij vergoeden aan verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	100% tot maximaal € 225,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	100% tot maximaal € 450,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	100% tot maximaal € 900,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 49 Tandheelkundige zorg - prothesen

Wij vergoeden de kosten van de op basis van de Beter Af Polis in rekening gebrachte eigen bijdrage bij tandheelkundige prothesen.

Beter Af Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	geen dekking
4 sterren	100%

Artikel 50 Kinderopvang tijdens ziekenhuisopname ouder(s)

Wanneer een ouder die bij ons verzekerd is wordt opgenomen in een ziekenhuis regelen wij voor u vanaf de derde dag van de ziekenhuisopname kinderopvang voor inwonende kinderen tot 12 jaar. De hoeveelheid kinderopvang is afhankelijk van de leeftijd van uw jongste kind.

Voorwaarden

- U moet de kinderopvang van tevoren bij ons aanvragen.
- De kinderopvang moet worden geregeld en geleverd door een hiervoor door ons gecontracteerde instelling.

Uitsluiting

Wij vergoeden deze kosten niet bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Beter Af Extra Pakket

Maximaal 50 uur per week

Beter Af Tandarts Polis

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of een door ons gecontracteerde tandprotheticus.

Voor verzekerden van 18 tot 22 jaar is de vergoeding van de Beter Af Tandarts Polis een aanvulling op de vergoeding uit de Beter Af Polis.

Wij vergoeden bij een tandarts de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes) voor 100%.

Mondhygiëne, kleine vullingen en sealing mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist wanneer u bent doorverwezen door een tandarts.

Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor 75% wanneer u een Beter Af Tandartspolis met 1, 2 of 3 sterren heeft en voor 100% wanneer u een Beter Af Tandartspolis met 4 sterren heeft. Behandeling van tandvleesaandoeningen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist.

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende codes:

- C70 en C75 (keuringsrapporten) en C90 (niet nagekomen afspraak);
- E97, E98 en E00 (uitwendig bleken van tanden en kiezen);
- D-codes (orthodontie).

Beter Af Tandarts Polis 1 ster

- C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%
- overige codes: 75%
- totale vergoeding is maximaal € 225,- per persoon per kalenderjaar

Beter Af Tandarts Polis 2 sterren

- C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%
- overige codes: 75%
- totale vergoeding is maximaal € 450,- per persoon per kalenderjaar

Beter Af Tandarts Polis 3 sterren

- C-codes, M-codes, V-codes en H-codes: 100%
- overige codes: 75%
- totale vergoeding is maximaal € 900,- per persoon per kalenderjaar

Beter Af Tandarts Polis 4 sterren

- 100%
- totale vergoeding is maximaal € 1.150,- per persoon per kalenderjaar

Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket

Wij vergoeden de kosten van extra comfortdekking bij ziekenhuis opname. Wij vergoeden uitsluitend de kosten die een ziekenhuis conform de met ons gemaakte afspraken declareert.

Een overzicht van deze ziekenhuizen maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wanneer het Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket is afgesloten en u wordt opgenomen in een ziekenhuis dat deze comfortdekking niet biedt of u geen gebruik kunt maken van de comfortdekking, dan vergoeden wij voor verzekerden van 18 jaar en ouder € 70,- per dag dat u bent opgenomen, tot maximaal € 4.600,- per kalenderjaar. Om in aanmerking te komen voor deze vergoeding moet u contact met ons opnemen. Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Wanneer u wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling en u ondergaat daar een hiervoor door ons gecontracteerde medische behandeling, dan vergoeden wij de extra kosten in verband met een klassenkamer. Wij vergoeden ook de kosten van een eventuele honorariumtoeslag.

Wanneer u wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling en u ondergaat daar een niet door ons gecontracteerde medische behandeling, dan vergoeden wij maximaal € 20,- per dag van de extra kosten in verband met een klassenkamer. Een eventuele honorariumtoeslag komt niet voor vergoeding in aanmerking.

