



## **Addendum Zorgverzekering**

(Voorwaardenwijzigingen ten opzichte van 2009)

Artikelnummer Basisverzekering	2009	2010
1 Begripsomschrijving Apotheekhoudende		<b>Apotheekhoudende: (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.</b>
1 Begripsomschrijving Contract met preferentiebeleid		<b>Contract met preferentiebeleid: Een overeenkomst tussen ons en de apotheekhoudende waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.</b>
1 Begripsomschrijving Huisarts	Huisarts: Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, Verpleeghuisarts-en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.	Huisarts: Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, <b>specialist ouderengeneeskunde</b> en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
1 Begripsomschrijving Hulpmiddelenzorg	De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.	De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen <b>functionerende</b> hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
1 Begripsomschrijving IDEA-contract		<b>IDEA-contract: De overeenkomst (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken) tussen ons en een apotheekhoudende waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.</b>
1 Begripsomschrijving Kraamcentrum	Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.	Een instelling <b>die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.</b>
1 Begripsomschrijving Preferente geneesmiddelen		<b>Preferente geneesmiddelen: De door FBTO, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.</b>
7 lid 4 sub c Premiebetaling	Indien de verzekeringsnemer FBTO heeft gemachtigd de premie middels automatische incasso te incasseren, machtigt de verzekeringsnemer FBTO tevens om door FBTO voorgesloten bedragen automatisch van zijn/haar rekening af te schrijven.	Indien de verzekeringsnemer FBTO heeft gemachtigd de premie middels automatische incasso te incasseren, machtigt de verzekeringsnemer FBTO tevens om door FBTO voorgesloten bedragen automatisch van zijn/haar rekening af te schrijven. <b>Bij betaalwijzen anders dan automatische incasso kan de verzekeraar administratiekosten in rekening brengen.</b>

Artikelnummer Basisverzekering	2009	2010
7 lid 6 Premie Wanbetalers		<b>In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat, bij een premie achterstand van zes maanden, het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) een ‘bestuursrechtelijke premie’ gaat inhouden op het loon of de uitkering van de wanbetaler. Deze premie is hoger dan de oorspronkelijke premie. Op <a href="http://www.wanbetalerszorgpremie.nl">www.wanbetalerszorgpremie.nl</a> staat meer informatie hierover.</b>
9 lid 1 Verplicht eigen risico	Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 155,- per kalenderjaar. Dit verplicht eigen risico gaat in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.	Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 165,- per kalenderjaar. Dit verplicht eigen risico gaat in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.
9 lid 1 derde aandachtsstreepje ‘Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing’	De kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.	<b>De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.</b>
9 lid 6 Vrijstelling verplicht eigen risico	<p>Voor een aantal ziekenhuisbehandelingen (medisch specialistische zorg) geldt dat u recht hebt op vrijstelling van het verplicht eigen risico. Dit geldt voor de volgende behandelingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Staaroperatie;</li> <li>- Liesbreuk;</li> <li>- Artrose van heup, inclusief plaatsen of vervangen van gewrichtsprothese;</li> <li>- Artrose van knie, inclusief plaatsen of vervangen van gewrichtsprothese;</li> <li>- Galblaasoperatie;</li> <li>- Incontinentie;</li> <li>- Meniscus- of voorste kruisbandletsel;</li> <li>- (Verdenking op) borstkanker;</li> <li>- (Verdenking op) rug- of nek hernia en overige wervelkolomchirurgie door orthooped of neurochirurg.</li> </ul> <p>Om in aanmerking te komen voor vrijstelling van het verplicht eigen risico, dient u contact op te nemen met onze afdeling Zorgbemiddeling voor een vrijblijvend zorgadvies. De afspraak voor de behandeling moet u door ons laten maken. Dit kan via het invullen van een aanvraagformulier via <a href="http://fbto.nl">fbto.nl</a> of via telefoonnummer 058-2345330. Vrijstelling vindt alleen plaats als de behandeling daadwerkelijk is ondergaan. U hebt geen recht op vrijstelling als de behandeling wordt uitgevoerd door een zorgverlener in het buitenland.</p>	<p>Voor een aantal <b>medisch specialistische</b> ziekenhuisbehandelingen (medisch specialistische zorg) geldt dat u recht hebt op vrijstelling van het verplicht eigen risico. Dit geldt voor de volgende <b>medisch specialistische</b> behandelingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Staaroperatie;</li> <li>- Liesbreuk<b>operatie</b>;</li> <li>- <b>Operatieve behandeling van</b> artrose van de heup;</li> <li>- <b>Operatieve behandeling van</b> artrose van <b>de</b> knie;</li> <li>- Galblaasoperatie;</li> <li>- <b>Operatieve behandeling van</b> incontinentie <b>bij de vrouw</b>;</li> <li>- <b>Operatieve behandeling van</b> meniscus- of voorste kruisbandletsel;</li> <li>- <b>Behandeling van</b> borstkanker <b>(met uitzondering van nacontroles)</b>;</li> <li>- <b>Operatieve behandeling van</b> rug- of nek hernia.</li> </ul> <p>Om in aanmerking te komen voor vrijstelling van het verplicht eigen risico, dient de verzekerde <b>op het moment van verwijzing</b> contact op te nemen met de afdeling Zorgbemiddeling voor een vrijblijvend zorgadvies. De afspraak voor <b>een eerste consult bij een medisch specialist</b> moet de verzekerde door <b>de afdeling Zorgbemiddeling</b> laten maken. <b>Vrijstelling aanvragen is mogelijk via <a href="http://fbto.nl">fbto.nl</a>.</b> Vrijstelling vindt alleen plaats als de behandeling <b>daadwerkelijk wordt ondergaan</b>. <b>Er is geen recht op</b> vrijstelling als de behandeling wordt uitgevoerd door een zorgverlener in het buitenland.</p>

Artikelnummer Basisverzekering	2009	2010
<p>10 lid 9</p> <p>Vrijwillig gekozen eigen risico</p>	<p>Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, wordt zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risicobedrag verrekend, dan wel teruggevorderd.</p>	<p>Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, wordt zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risicobedrag verrekend, dan wel teruggevorderd. <b>Bij niet tijdige betaling kan de verzekeraar administratiekosten in rekening brengen.</b></p>
<p>11</p> <p>Buitenland</p>	<p><u>lid 1</u> De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg zoals genoemd in de Productvoorwaarden van de FBTO Internet Zorgverzekering door zorgaanbieders of instellingen buiten Nederland.</p> <p><u>lid 2</u> De verzekerde die in een ander EU/EER-land of ander Verdragsland dan Nederland woont of verblijft, 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; vergoeding van kosten van zorg door een door de zorgverzekeraar in het buitenland gecontracteerde zorginstelling of zorgverlener of aanspraak op vergoeding van kosten van zorg conform de elders in deze polis opgenomen bepalingen die van toepassing zijn indien de zorg door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling binnen Nederland zou zijn verleend.</p> <p><u>lid 3</u> De verzekerde die in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is woont of verblijft, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een zorginstelling of zorgverlener conform de elders in deze polis opgenomen bepalingen die van toepassing zijn indien de zorg door een zorgverlener of instelling binnen Nederland zou zijn verleend.</p> <p><u>lid 4</u> Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland.</p> <p><u>lid 5</u> In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in lid 1 aangegeven vergoeding.</p>	<p><b>Als door de verzekerde zorg wordt ingeroepen bij een zorgverlener of instelling in een ander land dan het woonland dan kan de vergoeding voor die zorg onduidelijk zijn. Om zekerheid te hebben over de vergoeding van geplande zorg in het buitenland moet de verzekerde vooraf of voor de behandeling contact opnemen met de verzekeraar.</b></p> <p><b>In dit artikel wordt onderscheid gemaakt tussen verzekerden die wonen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in Nederland (lid 1);</li> <li>- in een EU/EER land of verdragsland (lid 2);</li> <li>- in een land dat geen EU/EER land of verdragsland is (lid 3);</li> </ul> <p><b>tijdelijk verblijven:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in een EU/EER land of verdragsland (lid 4);</li> <li>- in een land dat geen EU/EER land of verdragsland is (lid 5).</li> </ul> <p><u>lid 1</u> <b>De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg door zorgaanbieders of instellingen buiten Nederland zoals genoemd in de Productvoorwaarden van de FBTO Ziektekostenverzekering.</b></p> <p><u>lid 2</u> <b>De verzekerde die in een ander EU/EER-land dan Nederland of een verdragsland Nederland woont, heeft naar keuze aanspraak op:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>a. medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;</b></li> <li><b>b. vergoeding van kosten van zorg door een zorginstelling of zorgverlener conform de in de Productvoorwaarden van de FBTO Ziektekostenverzekering opgenomen bepalingen die van toepassing zijn indien de zorg door een zorgverlener of instelling binnen Nederland zou zijn verleend.</b></li> </ul>

vervolg 11 Buitenland	<p><u>lid 6</u> Wij vergoeden de kosten van zorg van een zorgverlener aan u in euro's met inachtneming van de omrekenkoers zoals die is vastgesteld door het College voor zorgverzekeringen. Wanneer deze koers ontbreekt, hanteren wij de maandelijkse wisselkoers van de Nederlandsche Bank. Wij hanteren in dat geval de wisselkoers van de maand waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. De vergoeding waar u recht op hebt, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is van een in Nederland gevestigde bank.</p> <p><u>lid 7</u> De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten, kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.</p>	<p><u>lid 3</u> De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een zorginstelling of zorgverlener conform de in de Productvoorwaarden van de FBTO Ziektekostenverzekering opgenomen bepalingen die van toepassing zijn indien de zorg door een zorgverlener of instelling binnen Nederland zou zijn verleend.</p> <p><u>lid 4</u> De verzekerde die in Nederland, een ander EU/EER-land of verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan het woonland, heeft aanspraak op : medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; de vergoeding van kosten voor zorg zoals genoemd in de Productvoorwaarden van de FBTO Ziektekostenverzekering door zorgaanbieders of instellingen buiten Nederland.</p> <p><u>lid 5</u> De verzekerde die woont in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland, en tijdelijk verblijft in een ander land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een zorginstelling of zorgverlener conform de in de Productvoorwaarden van de FBTO Ziektekostenverzekering opgenomen bepalingen die van toepassing zijn indien de zorg door een zorgverlener of instelling binnen Nederland zou zijn verleend.</p> <p><u>lid 6</u> Voor zorg aan de verzekerde die niet in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland woont en tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, is lid 3 van toepassing. Buitenlandse nota's: In Hoe Te Handelen staat uitgelegd hoe buitenlandse nota's ingestuurd kunnen worden en wat op de nota vermeld moet worden zodat de nota('s) door de verzekeraar in behandeling genomen kan (kunnen) worden.</p>
-----------------------------	---	--

Artikelnummer Basisverzekering	2009	2010
12 lid 1a Verplichtingen van de verzekerde 'Legitimatie'	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;	bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van <b>één van de volgende geldige documenten</b> : een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart <b>of een vreemdelingendocument</b> ;
12 lid e (en f) Verplichtingen van de verzekerde 'Detentie'	binnen 30 dagen na aanvang van detentie aan de verzekeraar te melden dat de verzekerde gedetineerd is, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie.	<b>aan de zorgverzekeraar, binnen 30 dagen nadat de verzekerde gedetineerd is, de ingangsdatum en de duur van de detentie te melden;</b> <b>f. aan de zorgverzekeraar, binnen 30 dagen nadat de verzekerde in vrijheid is gesteld, de datum van invrijheidstelling te melden.</b> <b>De verplichtingen onder e. en f. worden opgelegd</b> in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie.
17 lid 2 Geschillen	Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij de zorgverzekeraar verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de Directie/klachtenmanagement van FBTO, Postbus 50, 8900 AB LEEUWARDEN.	<b>Klachten en geschillen over de informatie van FBTO en over het sluiten en de uitvoering van deze overeenkomst kan in eerste instantie voorgelegd worden aan het management van die betreffende afdeling.</b> Indien een verzekeringnemer of een verzekerde <b>al een klacht heeft ingediend, maar</b> het niet eens is met <b>de afhandeling, dan kan het geschil voorgelegd worden aan de Directie/klachtenmanagement van FBTO, Postbus 50, 8900 AB LEEUWARDEN.</b>
17 lid 3 Geschillen	Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen dertig dagen door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter.	Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen <b>drie weken</b> door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter.
17 lid 6 Registratie van persoonsgegevens	De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Voor het uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst kunnen wij uw gegevens beschikbaar stellen aan derde partijen, zoals bijvoorbeeld VECOZO, Lifeline en Clearing House Apothekers (CHA). Wanneer wij gebruik maken van derde partijen is de vigerende privacywetgeving van toepassing.	De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. <b>Deze gegevens worden binnen Achmea gebruikt voor het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, om de verzekerde te kunnen informeren over relevante producten en/of diensten, voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector, voor statistische analyse, relatiebeheer en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op het gebruik van persoonsgegevens is voor zorgverzekeraars de Gedragscode "Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars" van toepassing. Daarnaast is de</b>

Artikelnummer Basisverzekering	2009	2010
<p>17 lid 6</p> <p>Registratie van persoonsgegevens</p>		<p>Gedragscode “Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen” van kracht.</p> <p>- Indien geen prijs wordt gesteld op informatie over producten en/of diensten, of toestemming ingetrokken wordt voor het gebruik van de persoonsgegevens binnen Achmea, kan dit schriftelijk worden gemeld. Stuur dan uw melding aan FBTO, afdeling Relatiebeheer, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden.</p> <p>- In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kan Achmea persoonsgegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van de Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie staat op <a href="http://www.stichtingcis.nl">www.stichtingcis.nl</a>.</p> <p>Voor het uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst kunnen wij uw gegevens beschikbaar stellen aan derde partijen, zoals bijvoorbeeld VECOZO, Lifeline en Clearing House Apothekers (CHA). Wanneer wij gebruik maken van derde partijen is de vigerende privacywetgeving van toepassing.</p>
<p>20 lid 2</p> <p>Ziekenhuisopname</p>	<p>Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van laagste klasse in 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.</p> <p>De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.</p>	<p>Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. <b>Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrische ziekenhuis.</b> 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.</p> <p>De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.</p>
<p>20 lid 4 sub e</p> <p>Behandelingen van plastisch chirurgische aard</p>	<p>primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;</p>	<p>primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit (<b>inclusief epilatie van de schaamstreek en baard</b>);</p>



20 lid 6

IVF (In Vitro Fertilisatie)

IVF (In Vitro Fertilisatie) en andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen:

a. De verzekerde heeft aanspraak op de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren doorgaande zwangerschap inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

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

1. rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
2. de follikelpunctie (het verkrijgen van rijpe eicellen);
3. bevruchting van eicellen en het opkweken van embryo's in het laboratorium;
4. de terugplaatsing van een of twee ontstane embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

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

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

c. Bij de vrouwelijke verzekerde wordt IVF tot en met 40 jaar vergoed. Na de 40 jarige leeftijd komt IVF voor vergoeding in aanmerking, mits de doelmatigheid van de behandeling in de individuele situatie is beoordeeld en is vastgesteld.

d. Bij een fysiologische (spontane) zwangerschap wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie.

Bij een zwangerschap na een IVF-behandeling wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf de follikelpunctie of, indien de IVF heeft plaatsgevonden doormiddel van het terugplaatsen van ingevroren embryo's, een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.

e. Het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) is van



Artikelnummer Basisverzekering	2009	2010
<p>20 lid 6</p> <p>IVF (In Vitro Fertilisatie)</p>		<p>toepassing. De verzekeraar vergoedt de kosten maximaal tot de door de overheid vastgestelde bedragen.</p> <p><b>f. De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, zoals behandelingen in verband met gynaecologische/ urologische operatieve ingrepen die de fertiliteit bevorderen en kunstmatige inseminatie. De verzekerde heeft alleen aanspraak op vergoeding van de toegepaste geneesmiddelen, als u de geneesmiddelen krijgt voorgeschreven voor een andere vruchtbaarheidsbevorderende behandeling dan de vierde en volgende IVF-behandeling.</b></p> <p><b>g. Voor de onder a, b en f bedoelde behandelingen bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding van kosten indien door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij de zorgverzekeraar is gevraagd.</b></p>
<p>21</p> <p>Verloskundige zorg en kraamzorg</p>	<p>Eigen bijdrage voor zowel moeder als kind per opnamedag: € 15,-  Tarief ziekenhuis per dag: € 108,-  Eigen bijdrage kraamzorg bij bevalling en kraambed thuis: € 3,80</p>	<p>Eigen bijdrage voor zowel moeder als kind per opnamedag: <b>€ 15,50</b>  Tarief ziekenhuis per dag: <b>€ 110,50</b>  Eigen bijdrage kraamzorg bij bevalling en kraambed thuis: <b>€ 3,90</b></p>
<p>23 lid 1</p> <p>Organtransplantaties</p>	<p>Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nierpancreas.</p> <p>Onder de aanspraak op de vergoeding van kosten vallen tevens de vergoeding van kosten van 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.</p> <p>Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten van het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.</p>	<p>Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van transplantatie in een <b>ziekenhuis of een Zelfstandig Behandelcentrum (welke WMBV vergunning plichtig is)</b> van weefsels en organen <b>indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.</b></p> <p><b>Daarnaast bestaat aanspraak op vergoeding van transplantaties in een zelfstandig behandelcentrum indien dit op grond van wet- en regelgeving is toegestaan.</b></p> <p>Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten van het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.</p>
<p>31 lid 13</p> <p>Gebitsprothese</p>	<p>Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen de kosten voor vergoeding in aanmerking van een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige</p>	<p>Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen de kosten voor vergoeding in aanmerking van een volledige immediaatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese</p>

Artikelnummer Basisverzekering	2009	2010
<p>31 lid 13</p> <p>Gebitsprothese</p>	<p>vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese. Bij deze behandelingen wordt 75 % van de kosten vergoed. Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese. Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde komt in plaats van de vigerende UPT(Uniforme Particuliere Tarieven)-codes het door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde tarief in aanmerking.</p> <p>Toestemming:</p> <p>Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 600,- per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen.</p> <p>Indien de uitneembare volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, € 450,- per onder- c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de volledige vervangingsprothese niet binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen.</p>	<p>of een volledige overkappingsprothese.- Bij deze behandelingen wordt 75 % van de kosten vergoed. Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.</p> <p>Toestemming:</p> <p>Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 600,- per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediaatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen.</p> <p>Indien de uitneembare volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, € 450,- per onder- c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de volledige vervangingsprothese niet binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen.</p>
<p>32</p> <p>Farmaceutische zorg</p>	<p>lid 1</p> <p>Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten van ter handstelling van:</p> <p>a. de door de zorgverzekeraar op basis van de ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;</p> <p>b. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland ter hand mogen worden gesteld, wanneer het rationele farmacotherapie betreft, dit zijn geneesmiddelen die:</p> <p>- door of in opdracht van een apotheker in zijn/haar apotheek op kleine schaal zijn bereid;</p> <p>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</p>	<p>Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten <b>zoals omschreven in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg</b>, van ter handstelling van:</p> <p><b>a. alle bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met Achmea een IDEA-contract heeft gesloten</b></p> <p><b>b. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door Achmea en zijn opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg, indien dit geschiedt door een apotheekhoudende zonder contract of een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten.</b></p> <p>c. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland ter hand mogen worden gesteld, wanneer het rationele farmacotherapie betreft, dit zijn geneesmiddelen die:</p> <p>- door of in opdracht van een apotheker in zijn/haar apotheek</p>

32

Farmaceutische zorg

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;  
c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

lid 2

De onder lid 1a. genoemde aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van ter handstelling van die geneesmiddelen die zijn aangewezen in de Regeling zorgverzekering en als zodanig tevens zijn aangewezen door de verzekeraar. Een en ander is nader uitgewerkt in het Achmea Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar dat onderdeel uitmaakt van deze polis en desgewenst wordt toegestuurd door de verzekeraar. Deze is tevens in te zien via fbto.nl.

De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen tenminste één geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander in de Regeling zorgverzekering aangewezen geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Tenzij de verzekeraar nadere afspraken heeft gemaakt met de betreffende zorgaanbieder, dienen de onder lid 1 genoemde middelen ter hand te zijn gesteld op voorschrift van een behandelend arts, medisch-specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige. Ter handstelling van geneesmiddelen geschiedt onder verantwoordelijkheid van een apotheker/apotheekhoudend huisarts.

Voor de aanspraak op de vergoeding van een aantal geneesmiddelen gelden de nadere voorwaarden zoals opgenomen op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. In aansluiting daarop stelt de zorgverzekeraar in zijn Reglement Farmaceutische zorg nadere voorwaarden met betrekking tot de doelmatigheid van de ter handstelling van een aantal geneesmiddelen.

Per voorschrift worden niet meer geneesmiddelen ter handgesteld c.q. worden de kosten van ter handstelling slechts vergoed voor een periode van:

vijftien dagen indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;

vijftien dagen indien het een geneesmiddel ter bestrijding van

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;  
d. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

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

**Bij levering van farmaceutische zorg door een apotheekhoudende zonder contract vergoedt de verzekeraar 80% van de kosten van de geleverde farmaceutische zorg. Dit betreft de kosten van het geneesmiddel of het dieetpreparaat, de afleverkosten en de eventuele bereidingskosten.**

**Een lijst met gecontracteerde zorgverleners met een IDEA-contract of een contract met preferentiebeleid en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners staat vermeld op fbto.nl of kan worden opgevraagd bij de verzekeraar.**

**De in dit artikel genoemde aanspraken komen alleen voor vergoeding van kosten in aanmerking als:**

- de farmaceutische zorg is voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).

- de farmaceutische zorg is geleverd door een apotheekhoudende. Dieetpreparaten mogen ook worden geleverd door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.

- als de behandelend arts identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen medisch noodzakelijk acht. De verzekerde heeft uitsluitend recht op vergoeding van het originele c.q. niet-preferente geneesmiddel. De arts dient dit op het recept aan te geven.

- bij dieetpreparaten en de geneesmiddelen is voldaan

Artikelnummer Basisverzekering	2009	2010
<p>32 Farmaceutische zorg</p>	<p>acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapie betreft; drie maanden indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten, met uitzondering van hypnotica en anxiolytica; één jaar indien het orale anticonceptiva betreft; één maand in overige gevallen. lid 3 De onder lid 1c. genoemde aanspraken komen alleen voor vergoeding van kosten in aanmerking als de verzekerde niet kan uitkomen met aangepaste normale voeding en andere producten van bijzondere voeding en die: lijdt aan een stofwisselingsstoornis; of lijdt aan een voedselallergie; of lijdt aan een resorptiestoornis; of lijdt aan een, via een gevalideerd screeningsinstrument vastgestelde, ziektegerelateerde ondervoeding of een risico daarop; of op dieetpreparaten is aangewezen overeenkomstig de richtlijnen die in Nederland door de desbetreffende beroepsgroepen zijn aanvaard.</p>	<p><b>aan de voorwaarden die de verzekeraar stelt in bijlage 1 “Nadere voorwaarden voor vergoeding” van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg.</b></p>
<p>33 lid 7 Hulpmiddelen (persoonsgebonden budget)</p>	<p>Met betrekking tot de in de Regeling zorgverzekering genoemde hulpmiddelen ter compensatie van een ernstige visuele beperking kan in plaats van de verstrekking van de betreffende hulpmiddelen aanspraak gemaakt worden op een persoonsgebonden budget waarbij in de aanschaf of het onderhoud van de betreffende hulpmiddelen kan worden voorzien, met inachtneming van de voorwaarden die door de zorgverzekeraar in het betreffende reglement zijn opgenomen.</p>	<p>Vervalt! Overheidsbepaling.</p>
<p>34 lid 9 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer</p>	<p>Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 89,- per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,28 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.</p>	<p>Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van <b>€ 91,-</b> per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op <b>€ 0,25</b> per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.</p>
<p>35 Uitsluitingen</p>		<p><b>* geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;</b> <b>* farmaceutische zorg in de in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;</b> <b>* geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet;</b> <b>* geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder e, van de Geneesmiddelenwet;</b> <b>* geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;</b></p>

Artikelnummer Basisverzekering	2009	2010
<p>36</p> <p>Dyslexiezorg</p>	<p>Dyslexiezorg omvat de vergoeding van kosten van diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie bij kinderen bij wie de zorg op zeven- of achtjarige leeftijd aanvangt en die basisonderwijs volgen. De zorg moet worden uitgevoerd door een gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog op het niveau GZ-psycholoog of een gespecialiseerde instelling voor hulpverlening bij dyslexie waar gewerkt wordt op basis van multidisciplinaire samenwerking. De eindverantwoordelijkheid voor diagnostiek en behandeling ligt bij een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist die op grond van de voor hun beroep geldende en geëxpliceerde standaarden bekwaam zijn voor diagnostiek en behandeling van ernstige dyslectici in de zorg.</p> <p>Aanspraak op vergoeding van de kosten voor het stellen van de diagnose en behandeling bestaat alleen wanneer u bent doorverwezen door de school die hieraan voorafgaand met de verzekerde het Protocol Leesproblemen en Dyslexie heeft doorlopen en op basis hiervan het vermoeden heeft dat er sprake is van ernstige dyslexie, zonder dat er sprake is van andere lees- en spellingsproblemen waarvoor al een behandeltraject via GGZ of gemeente bestaat. Om daarnaast voor vergoeding van de behandelingen in aanmerking te komen dient er in het diagnostisch onderzoek ernstige dyslexie, niet deel uitmakende van complexe problematiek, te worden vastgesteld conform de criteria van het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol kunt u downloaden via <a href="http://fbto.nl">fbto.nl</a> of telefonisch bij ons opvragen.</p>	<p>Dyslexiezorg omvat de vergoeding van kosten van diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie bij kinderen bij wie de zorg op zeven-, acht- <b>of negen</b>jarige leeftijd aanvangt en die basisonderwijs volgen. De zorg moet worden uitgevoerd door een gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog op het niveau GZ-psycholoog of een gespecialiseerde instelling voor hulpverlening bij dyslexie waar gewerkt wordt op basis van multidisciplinaire samenwerking. De eindverantwoordelijkheid voor diagnostiek en behandeling ligt bij een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist die op grond van de voor hun beroep geldende en geëxpliceerde standaarden bekwaam zijn voor diagnostiek en behandeling van ernstige dyslectici in de zorg. Aanspraak op vergoeding van de kosten voor het stellen van de diagnose en behandeling bestaat alleen wanneer u bent doorverwezen door de school die hieraan voorafgaand met de verzekerde het Protocol Leesproblemen en Dyslexie heeft doorlopen en op basis hiervan het vermoeden heeft dat er sprake is van ernstige dyslexie, zonder dat er sprake is van andere lees- en spellingsproblemen waarvoor al een behandeltraject via GGZ of gemeente bestaat. Om daarnaast voor vergoeding van de behandelingen in aanmerking te komen dient er in het diagnostisch onderzoek ernstige dyslexie, niet deel uitmakende van complexe problematiek, te worden vastgesteld conform de criteria van het Protocol Dyslexie Diagnostiek en Behandeling. Dit protocol kunt u downloaden via <a href="http://fbto.nl">fbto.nl</a> of telefonisch bij ons opvragen.</p>
<p>37 lid 2</p> <p>Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ</p>	<p>Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog en/of orthopedagoog-generalist, mits deze BIG geregistreerd is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;</li> <li>b. voor eerstelijnspsychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van € 10,- per zitting betaalt.</li> </ol> <p>Deze zorg omvat niet de specialistische zorg genoemd in artikel 38.</p>	<p>Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog en/of orthopedagoog-generalist, mits deze BIG geregistreerd is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;</li> <li><b>b. de zorg kan ook gegeven worden in vijfde, kwart, halve of dubbele zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is. Er wordt maximaal één prestatie per dag vergoed;</b></li> </ol>

Artikelnummer Basisverzekering	2009	2010
37 lid 2 Eerstelijnspsychologische zorg, niet specialistische GGZ		c. voor eerstelijnspsychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van € 10,- per zitting betaalt. Deze zorg omvat niet de specialistische zorg genoemd in artikel 38.
38 lid 3 Psychiatrische ziekenhuisopname	Aanspraak bestaat op de vergoeding van 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. De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.	Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van opname in een <b>GGZ-instelling</b> (psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) gedurende ten hoogste 365 dagen. <b>Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrische ziekenhuis.</b> 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. De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.
39 Persoonsgebonden budget	Overheidsbepaling	Vervalt!



Artikelnummer	Aanvullende Zorgverzekering	2009	2010
Artikel 1	Onze aanvullende definities zorgverzekering Bijna Thuis huis		Een huis dat bestemd is voor mensen die in hun laatste levensfase zijn gekomen en waarbij het sterven dus binnen een afzienbare tijd in het verschiet ligt.
Artikel 1	Onze aanvullende definities zorgverzekering Hospice		Een verblijf voor terminale patiënten.
Artikel 1	Onze aanvullende definities zorgverzekering Mantelzorg		De zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten, zoals familieleden, vrienden, kennissen en burens.
Artikel 1	Onze aanvullende definities zorgverzekering Palliatieve zorg		Patiëntenzorg die gericht is op het verminderen (=verzachten, palliatie) van pijn en andere klachten tijdens het laatste (= terminaal) stadium van een ongeneeslijke ziekte.
5 lid 2	Alternatieve zorg	Per verzekerde vergoedt FBTO maximaal € 500,- per kalenderjaar voor de kosten van hulp door een zorgverlener, die alternatieve geneeswijzen of therapieën toepast.	<b>Voor de kosten van hulp door een zorgverlener die alternatieve geneeswijzen of therapieën toepast, geldt een tweetal dekking keuzemogelijkheden. Afhankelijk van de door u gekozen dekking hebt u per kalenderjaar recht op vergoeding van kosten tot: Keuze 1: maximaal € 500,-; Keuze 2: maximaal € 750,-.</b>
5 lid 3	Alternatieve zorg - Vergoeding per behandeling-	Per bezoeksdatum wordt maximaal een bedrag van € 30,- vergoed. voor de behandeling geen tarief is afgesproken tussen de betreffende beroepsgroep en de zorgverzekeraars.	Per bezoeksdatum wordt maximaal een bedrag van € 35,- vergoed als de <b>behandeling wordt uitgevoerd door een behandelaar die is aangesloten bij een beroepsvereniging die op de beroepsverenigingenlijst van FBTO staat vermeld.</b>
6 lid 1	Antroposofische, homeopathische- en zelfzorggeneesmiddelen	Per polis vergoedt FBTO maximaal € 250,- per kalenderjaar als meerdere personen op de polis zijn verzekerd. Als er één persoon op de polis is verzekerd, bedraagt de vergoeding maximaal € 125,- per kalenderjaar.	<b>Wij vergoeden maximaal € 125,- per verzekerde per kalenderjaar.</b>
7 lid 5	Hulpmiddel(en) buitenland		<b>FBTO vergoedt de kosten van een hulpmiddel/ hulpmiddelen die in het buitenland als onderdeel van spoedeisend medische zorg wordt/worden aangemeten tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.</b>
8 ( was 9)	Medische zorg in het buitenland	1. U vraagt vooraf toestemming aan FBTO indien u medische zorg in het buitenland wenst. 2. Behandelingen, die op grond van uw Overeenkomst Zorgverzekeringswet bij FBTO worden vergoed in Nederland kunnen ook in een andere EU/EER-staat (zie artikel 8.6)	



- vervalt, dit is inmiddels opgenomen in de basisverzekering -

worden ondergaan. Deze behandelingen moeten aan dezelfde voorwaarden voldoen als in Nederland. Voor de bepaling van de vergoeding wordt de behandeling geacht in Nederland te hebben plaats gevonden.

3. FBTO vergoedt maximaal het tarief, dat in Nederland verschuldigd zou zijn voor een soortgelijke behandeling. Het meerdere is voor uw eigen rekening.

4. Overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden bij gecontracteerde zorg in het buitenland:

Wanneer u vanuit Nederland voor gecontracteerde zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling vergoeden wij voor uw gezinsleden de overnachtingkosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis. Dit geldt bij een opname van meer dan veertien aaneengesloten verblijfsdagen per kalenderjaar. Wij vergoeden dan de kosten met ingang vanaf de 15e verblijfsdag.

Wij vergoeden maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen;

Bij vervoer per eigen auto van en naar het ziekenhuis vergoeden wij maximaal € 0,28 per kilometer en voor maximaal 700 kilometer per opname.

Voorwaarden:

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

- U moet van te voren contact met ons opnemen.

5. U ontvangt geen vergoeding van de kosten als:

- de gevraagde behandeling naar de Nederlandse maatstaven niet toegestaan is;

- de gevraagde behandeling niet onder de verzekeringsdekking valt van de Overeenkomst Zorgverzekeringswet of de module Buitenland van deze overeenkomst Aanvullende Zorgverzekering.

6 Onder EU/EER-staat 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 gelijk gesteld. De EER- landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Artikelnummer Aanvullende Zorgverzekering	2009	2010
8 lid 6 (was 9 lid 6) Persoonlijke Hulpverlening Buitenland	Als u of de verzekerden in een situatie terecht komen waardoor u of de verzekerden opgespoord, gered en vervoerd moeten worden naar de bewoonde wereld, worden de kosten vergoed die in rekening gebracht worden door de officiële hulpverlenende instanties van dat land met een maximum van € 12.500,- per gebeurtenis.	Als u of de verzekerden in een situatie terecht komen waardoor u of de verzekerden opgespoord, gered en vervoerd moeten worden naar de bewoonde wereld, worden de kosten vergoed die in rekening gebracht worden door de officiële hulpverlenende instanties van dat land.
10 (was 11) Vergoeding bezoek in het ziekenhuis opgenomen kind	Indien een bij u op de polis vermeld minderjarig kind is opgenomen in een ziekenhuis in Nederland vergoeden wij uw reiskosten voor ziekenbezoek. De vergoeding bedraagt € 0,28 per kilometer met een maximum van € 300,- per polis per kalenderjaar.	Indien een bij u op de polis vermeld minderjarig kind is opgenomen in een ziekenhuis in Nederland, vergoeden wij uw reiskosten voor ziekenbezoek. <b>Wij vergoeden deze reiskosten als de minimale afstand van uw woonplaats naar het ziekenhuis 25 km bedraagt.</b> De vergoeding bedraagt € 0,25 per kilometer met een maximum van € 300,- per polis per kalenderjaar.
13 (was 14) Naamswijziging module	Module Cosmetische en Hulpmiddelen	Module Gezichtsorg en Orthodontie
13 lid 2 (was 14 lid 2) Brillen en Lenzen	<p>Brillen en lenzen: U en de verzekerde(n) hebben één keer per drie kalenderjaren recht op vergoeding van een montuur met enkelvoudige glazen tot maximaal € 100,- bij Specsavers. Specsavers geeft u en de verzekerde(n) 20% korting op de aankoopprijs van een complete bril. Deze korting is ook geldig op alle glassoorten en opties zoals “ontspiegeling”, “krasvast”, “meekleurende glazen” en “gekleurde glazen”. De korting wordt direct met u verrekend in de specsaversvestiging. Specsavers geeft u en de verzekerde(n) 15% korting op contactlenzen indien u deze contant afrekent in de Specsaversvestiging. Als er sprake is van samenloop met een eigen kortingsactie van Specsavers, geldt de voor u en de verzekerden gunstigste kortingsactie. Als de kortingsactie van Specsavers voordeliger voor u is, vervalt daarmee de korting van fbto. Voor het adres van de Specsaversvestiging bij u in de buurt kunt u kijken op <a href="http://www.specsavers.nl">www.specsavers.nl</a>. U kunt FBTO ook bellen voor het dichtstbijzijnde adres. Als u geen gebruik maakt van het aanbod bij Specsavers vergoedt FBTO éénmaal per drie kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin. U moet dan de originele aanschafnota van een bril of lenzen bij een leverancier van uw keuze aan ons toesturen.</p>	<p>Brillen en lenzen: <b>FBTO vergoedt éénmaal per drie kalenderjaren € 50,- per verzekerd lid van het gezin. U moet dan de originele aanschafnota van een bril of lenzen bij een leverancier van uw keuze aan ons toesturen.</b> <b>Specsavers en FBTO:</b> <b>Brillen:</b> U en de verzekerde(n) hebben één keer per drie kalenderjaren recht op vergoeding van een <b>bril</b> tot maximaal € 100,- bij Specsavers. <b>Daarnaast geeft</b> Specsavers u en de verzekerde(n) 20% korting op de aankoopprijs van een complete bril. Deze korting is ook geldig op alle glassoorten en opties zoals “ontspiegeling”, “krasvast”, “meekleurende glazen” en “gekleurde glazen”. De korting wordt direct met u verrekend in de specsaversvestiging. <b>Lenzen:</b> Specsavers geeft u en de verzekerde(n) <b>15% korting op lenzen bij contante afrekening in de specsavers vestiging</b> Als er sprake is van samenloop met een eigen kortingsactie van Specsavers, geldt de voor u en de verzekerden gunstigste kortingsactie. Als de kortingsactie van Specsavers voordeliger voor u is, vervalt daarmee de korting van fbto. Voor het adres van de Specsaversvestiging bij u in de buurt kunt u kijken op <a href="http://www.specsavers.nl">www.specsavers.nl</a>. U kunt FBTO ook bellen voor het dichtstbijzijnde adres.</p>

Artikelnummer Aanvullende Zorgverzekering	2009	2010
13 lid 3 (was 14 lid 3)  Nieuw! Ooglaseren		<b>U en de verzekerde(n) hebben recht op vergoeding van een ooglaserbehandeling uitgevoerd door Visionclinics. FBTO vergoedt maximaal € 400 per verzekerde tijdens de gehele periode dat de aanvullende zorgverzekering geldt.</b>
13 lid 7 (was 14 lid 6)  Plastisch chirurgie	<p>Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard indien de behandeling leidt tot correctie van afwijkingen in het uiterlijk, die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.</p> <p>Het betreft uitsluitend de volgende behandelingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Correctie van bovenoogleden</li> <li>- Correctie van oorstand voor verzekerden tot en met 16 jaar</li> <li>- Borstverkleining</li> </ul> <p>Voor deze behandelingen moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend. De aanvraag moet ingediend worden door de behandelend arts en wordt ter beoordeling voorgelegd aan onze medisch adviseur.</p> <p>Voor artikel 14.6 geldt een wachttijd van 24 maanden na het afsluiten van deze module.</p> <p>Dit betekent dat u premie verschuldigd bent voor de module Cosmetisch en Hulpmiddelen, maar dat gedurende een periode van 24 maanden u en de verzekerde(n) geen recht hebben op vergoeding op de behandelingen, die in artikel 14.6 zijn beschreven.</p>	<p>Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard indien de behandeling leidt tot correctie van afwijkingen in het uiterlijk, die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.</p> <p>Het betreft uitsluitend de volgende behandelingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Correctie van bovenoogleden</li> <li>- Correctie van oorstand voor verzekerden tot en met 16 jaar</li> <li>- Borstverkleining</li> </ul> <p>Voor deze behandelingen moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend. De aanvraag moet ingediend worden door de behandelend arts en wordt ter beoordeling voorgelegd aan onze medisch adviseur.</p> <p>Voor artikel <b>13 lid 7</b> geldt een wachttijd van 24 maanden na het afsluiten van deze module.</p> <p>Dit betekent dat u premie verschuldigd bent voor de module <b>Gezichtsorg en Orthodontie</b>, maar dat gedurende een periode van 24 maanden u en de verzekerde(n) geen recht hebben op vergoeding op de behandelingen, die in artikel <b>13 lid 7</b> zijn beschreven.</p>
14 lid 1 (was 15.1)  Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood	<p>Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood: FBTO vergoedt de huurkosten van de apparatuur gedurende maximaal achttien maanden.</p>	<p>Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood: FBTO vergoedt de kosten van de apparatuur, <b>inclusief een zogenaamd sensormatje tot maximaal € 150,- per bevalling. FBTO moet hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven.</b></p>
14 lid 3  Nieuw! Kraamzorg bij Adoptie		<b>Wij vergoeden de kosten van kraamzorg bij adoptie van kinderen tot 12 maanden. De vergoeding geldt voor maximaal 3 dagen, gedurende 3 uur per dag tot een maximum van € 300,- per adoptiekind.</b>
14 lid 8 (was 15.7)  Sterilisatie	<p>FBTO vergoedt de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis. Hersteloperaties worden niet vergoed (zie ook artikel 14.3 van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekering).</p>	<p>FBTO vergoedt de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis <b>of door een huisarts mits deze aan de gestelde voorwaarden van de Nederlandse Zorgautoriteit en Achmea voldoet.</b> Hersteloperaties worden niet vergoed (zie ook artikel 14.3 van de Algemene Voorwaarden Aanvullende Zorgverzekering).</p>
14 lid 10 (was 15.10)	<p>Prenatale screening op eigen verzoek zonder medische indicatie (pretecho): FBTO vergoedt de kosten van één prenatale screening op eigen verzoek per zwangerschap tot maximaal € 100,-.</p>	<p>Prenatale screening op eigen verzoek zonder medische indicatie (pretecho): FBTO vergoedt de kosten van één prenatale screening <b>of nekplooiemeting</b> op eigen verzoek per zwangerschap tot maximaal € 100,-.</p>

Artikelnummer Aanvullende Zorgverzekering	2009	2010
<p>15 lid 2 ( was 16.2)</p> <p>Paramedische zorg</p>	<p>Er geldt een wachttijd van een halfjaar na het afsluiten of bij het tussentijds verhogen van deze module. De termijn van een half jaar wachttijd geldt niet als u de module Therapieën gelijktijdig afsluit met uw basisverzekering.</p> <p>De paramedische zorg die voor vergoeding in aanmerking komt, is (kinder)fysiotherapie, (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck, bekkentherapie, manueel therapie, oedeemtherapie of huidtherapie.</p> <p>Voor paramedische zorg geldt een drietal dekking keuzemogelijkheden. Afhankelijk van de afgesloten dekking hebt u recht op vergoeding van:</p> <p>Keuze 1: totaal 9 behandelingen, per verzekerde, per kalenderjaar,</p> <p>Keuze 2: totaal 18 behandelingen, per verzekerde, per kalenderjaar,</p> <p>Keuze 3: onbeperkt aantal behandelingen, mits er sprake is van een medische noodzaak. FBTO moet voor alle in dit artikel genoemde zorgsoorten vooraf toestemming geven voor vergoeding vanaf de achttiende en volgende behandelingen.</p> <p>De toestemming van FBTO is mede afhankelijk van het ingevulde en door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist ondertekende behandelplan. Onze paramedisch adviseur beoordeelt dit behandelplan op medische noodzaak.</p> <p>Voor manuele therapie geldt een gelimiteerde vergoeding, namelijk maximaal 18 behandelingen.</p> <p>Na beëindiging van de individuele behandeling kan - na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist –ook worden behandeld in de vorm van groepstherapie.</p> <p>FBTO vergoedt daarvoor maximaal € 400,- per verzekerde, per kalenderjaar. Onder groepstherapie wordt niet verstaan medische fitness, fysiofitness en soortgelijke programma's.</p> <p>FBTO vergoedt voor fysiotherapie en oefentherapie maximaal € 28,- per behandeling per dag. Voor manuele therapie, bekkentherapie, oedeemtherapie, manuele lymfedrainage door een huidtherapeut, kinderfysiotherapeut of behandeling bij u thuis geldt een hogere vergoeding. Voor de exacte vergoedingen verwijzen wij u naar fbto.nl.</p>	<p>Er geldt een wachttijd van een halfjaar na het afsluiten of bij het tussentijds verhogen van deze module. De termijn van een half jaar wachttijd geldt niet als u de module Therapieën gelijktijdig afsluit met uw basisverzekering.</p> <p>De paramedische zorg die voor vergoeding in aanmerking komt, is (kinder)fysiotherapie, (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck, bekkentherapie, manueel therapie, oedeemtherapie <b>door een fysiotherapeut of huidtherapeut.</b></p> <p>Voor paramedische zorg geldt een drietal dekking keuzemogelijkheden. Afhankelijk van de afgesloten dekking hebt u recht op vergoeding van:</p> <p>Keuze 1: totaal 9 behandelingen, per verzekerde, per kalenderjaar,</p> <p>Keuze 2: totaal 18 behandelingen, per verzekerde, per kalenderjaar,</p> <p>Keuze 3: onbeperkt aantal behandelingen, mits er sprake is van een medische noodzaak. FBTO moet voor alle in dit artikel genoemde zorgsoorten vooraf toestemming geven voor vergoeding vanaf de achttiende en volgende behandelingen.</p> <p>De toestemming van FBTO is mede afhankelijk van het ingevulde en door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist ondertekende behandelplan. Onze paramedisch adviseur beoordeelt dit behandelplan op medische noodzaak.</p> <p>Voor manuele therapie geldt een gelimiteerde vergoeding, namelijk maximaal 18 behandelingen.</p> <p>Na beëindiging van de individuele behandeling kan - na verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist –ook worden behandeld in de vorm van groepstherapie.</p> <p>FBTO vergoedt daarvoor maximaal € <b>405,-</b> per verzekerde, per kalenderjaar. Onder groepstherapie wordt niet verstaan medische fitness, fysiofitness en soortgelijke programma's.</p> <p>FBTO vergoedt voor fysiotherapie en oefentherapie maximaal € <b>28,50</b> per behandeling per dag. Voor manuele therapie, bekkentherapie, oedeemtherapie door een huidtherapeut, kinderfysiotherapeut of behandeling bij u thuis geldt een hogere vergoeding. Voor de exacte vergoedingen verwijzen wij u naar fbto.nl.</p>
<p>15 lid 5</p> <p>Pedicurezorg</p>	<p>Verzekerden, die lijden aan suikerziekte of reuma kunnen voor voetverzorging een beroep doen op deze regeling.</p> <p>Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen moet de behandeling gedaan worden door een</p>	<p>Verzekerden, die lijden aan suikerziekte of reuma kunnen voor voetverzorging een beroep doen op deze regeling.</p> <p>Om voor vergoeding van de kosten in aanmerking te komen moet de behandeling gedaan worden door een</p>

Artikelnummer Aanvullende Zorgverzekering	2009	2010
<p>15 lid 5</p> <p>Pedicurezorg</p>	<p>pedicure. Deze moet gespecialiseerd zijn in voetverzorging bij reumapatiënten of in het bezit zijn van het certificaat Voetverzorging bij Diabetici.</p> <p>FBTO vergoedt maximaal € 25,- per behandeling. Per kalenderjaar bedraagt de vergoeding maximaal € 150,- per verzekerde. Voor behandeling door een medisch pedicure geldt een maximale vergoeding van € 30,- per behandeling. Per kalenderjaar bedraagt de vergoeding maximaal € 200,- per verzekerde.</p>	<p>pedicure. Deze moet gespecialiseerd zijn in voetverzorging bij reumapatiënten of in het bezit zijn van het certificaat Voetverzorging bij Diabetici.</p> <p>FBTO vergoedt maximaal € 25,- per behandeling. Per kalenderjaar bedraagt de vergoeding maximaal € 150,- per verzekerde. Voor behandeling door een medisch pedicure geldt een maximale vergoeding van € <b>32,50</b> per behandeling. Per kalenderjaar bedraagt de vergoeding maximaal € 200,- per verzekerde.</p>
<p>15 lid 6 (was 16.6)</p> <p>Podotherapie</p>	<p>U hebt recht op vergoeding van de kosten van behandeling door een podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten. FBTO vergoedt maximaal 1 bezoek per dag tot maximaal € 25,- per bezoek. Daarnaast vergoedt FBTO de aanschaf van podotherapeutische zolen. Let op; klassieke (orthopedische) steunzolen zijn geen podotherapeutische zolen. Voor de vergoeding van de behandelingen en de aanschaf van de podotherapeutische zolen geldt een gezamenlijk maximum van € 200,- per verzekerde per kalenderjaar.</p>	<p>U hebt recht op vergoeding van de kosten van behandeling door een podotherapeut <b>of podoloog B die respectievelijk</b> is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten <b>of Stichting Loop</b>. FBTO vergoedt maximaal 1 bezoek per dag tot maximaal € 25,- per bezoek. Daarnaast vergoedt FBTO de aanschaf van podotherapeutische zolen. Let op; klassieke (orthopedische) steunzolen zijn geen podotherapeutische zolen <b>en worden dus niet vergoed</b>. Voor de vergoeding van de behandelingen en de aanschaf van de podotherapeutische zolen geldt een gezamenlijk maximum van € 200,- per verzekerde per kalenderjaar.</p>
<p>15 lid 8</p> <p>Psychologische hulp</p>	<p>Voor de eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ, is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheid. Dit geldt niet voor acute zorg.</p> <p>Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg 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 indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.</p> <p>Aanvullend op de 8 behandelingen die vanuit de FBTO Zorgverzekering (basisverzekering) worden vergoed, bestaat aanspraak op vergoeding van kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:</p> <p>a. de zorg ten hoogste vier zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;</p> <p>b. voor eerstelijnspsychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van € 10,- per zitting</p>	<p>Voor de eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ, is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheid. Dit geldt niet voor acute zorg.</p> <p>Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg 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 indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.</p> <p>Aanvullend op de 8 behandelingen die vanuit de FBTO Zorgverzekering (basisverzekering) worden vergoed, bestaat aanspraak op vergoeding van kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:</p> <p>a. de zorg ten hoogste vier zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;</p> <p>b. <b>de zorg kan ook gegeven worden in vijfde, kwart, halve of dubbele zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage</b></p>

Artikelnummer Aanvullende Zorgverzekering	2009	2010
15 lid 8 Psychologische hulp	betaalt. Deze zorg omvat niet de specialistische zorg genoemd in artikel 38 van de FBTO Zorgverzekering.	<b>dan steeds naar rato is. Er wordt maximaal één prestatie per dag vergoed;</b> c. voor eerstelijnspsychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van € 10,- per zitting betaalt. Deze zorg omvat niet de specialistische zorg genoemd in artikel 38 van de FBTO Zorgverzekering.
15 lid 9 (was 16.9) Stottertherapie	U hebt recht op vergoeding van de kosten van behandeling als er sprake is van de methode Del Ferro. De verblijfkosten in het instituut waar de therapie wordt gegeven, worden vergoed. FBTO vergoedt maximaal € 750,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de Aanvullende Zorgverzekering.	U hebt recht op vergoeding van de kosten van behandeling als er sprake is van de Del Ferro- <b>of de Hausdörfermethode</b> . De verblijfkosten in het instituut waar de therapie wordt gegeven, worden vergoed. FBTO vergoedt maximaal € 750,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de Aanvullende Zorgverzekering.
15 lid 11 Zittend Ziekenvervoer	FBTO moet vooraf toestemming geven als u voor vergoeding van de kosten in aanmerking wilt komen. U hebt recht op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland als: - het vervoer niet vergoed wordt volgens de regels van de Zorgverzekeringswet; - het vervoer verband houdt met een medische behandeling of een opname, die vergoed wordt volgens de Zorgverzekeringswet of AWBZ. Bij gebruik van de eigen auto vergoedt FBTO € 0,28 per kilometer. Op de vergoeding is jaarlijks een eigen bijdrage van toepassing die gelijk is aan de jaarlijkse eigen bijdrage zittend ziekenvervoer in de Zorgverzekeringswet. Kosten die onder het eigen risico van de Ziektekostenverzekering (basisverzekering) vallen, komen ook vanuit de aanvullende verzekering niet voor vergoeding in aanmerking.	FBTO moet vooraf toestemming geven als u voor vergoeding van de kosten in aanmerking wilt komen. U hebt recht op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland als: - het vervoer niet vergoed wordt volgens de regels van de Zorgverzekeringswet; - het vervoer verband houdt met een medische behandeling of een opname, die vergoed wordt volgens de Zorgverzekeringswet of AWBZ. Bij gebruik van de eigen auto vergoedt FBTO € <b>0,25</b> per kilometer. Op de vergoeding is jaarlijks een eigen bijdrage van toepassing die gelijk is aan de jaarlijkse eigen bijdrage zittend ziekenvervoer in de Zorgverzekeringswet. Kosten die onder het eigen risico van de Ziektekostenverzekering (basisverzekering) vallen, komen ook vanuit de aanvullende verzekering niet voor vergoeding in aanmerking.
17 Nieuw! Extra zorg		<b><u>lid 1</u></b> <b>Top Klinische Zorg in het buitenland:</b> <b>U hebt recht op vergoeding van bijkomende medische kosten van een top-klinische behandeling in het buitenland, mits Royal Doctors bemiddelt. Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet FBTO u vooraf toestemming hebben gegeven.</b> <b><u>lid 2</u></b> <b>Overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden bij gecontracteerde zorg in het buitenland en</b>



17

Nieuw!

Extra zorg

bij topklinische zorg via Royal Doctors: Wanneer u vanuit Nederland voor gecontracteerde zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling vergoeden wij voor uw gezinsleden de overnachtingkosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis. Wij vergoeden voor de duur van de opname maximaal € 75,- per dag voor alle bij FBTO verzekerde gezinsleden tezamen;

Voor vervoer van en naar het ziekenhuis vergoeden wij maximaal

€ 0,25 per kilometer, tot maximaal € 300,- per opname.

Voorwaarden:

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

- U moet van tevoren contact met ons opnemen.

#### lid 3

Palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis; FBTO vergoedt gedurende de looptijd van de aanvullende verzekering eenmalig € 750,- voor palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis. FBTO moet u vooraf toestemming hebben verleend en uw behandelend arts moet een medische indicatie voor verpleging afgeven. Voor vergoeding van deze kosten geldt een wachttijd van een halfjaar na het afsluiten van deze module. De termijn van een half jaar wachttijd geldt niet als u de module Extra Zorg gelijktijdig afsluit met uw basisverzekering. Verblijf in een gezondheidsinstelling, zoals een verpleeghuis of een bejaardenoord / verzorgingshuis wordt niet vergoed.

#### lid 4

Vervangende mantelzorg:

In verband met vakantie van de vaste verzorger(s) van chronisch zieken of ernstig gehandicapten bestaat, na toestemming van FBTO, recht op vergoeding van kosten voor vervangende mantelzorg. FBTO vergoedt deze zorg tot maximaal 15 dagen per kalenderjaar, tot maximaal € 50,- per dag. De zorg moet worden geleverd door Handen-in-huis (Stichting Mantelzorgvervangend Nederland in Bunnik). Handen-in-huis verzorgt tevens de aanvraag. Voor vergoeding van deze kosten geldt een wachttijd van een halfjaar na het afsluiten van deze module. De termijn van een half jaar wachttijd geldt niet als u de module Extra Zorg gelijktijdig afsluit met uw basisverzekering.



Artikelnummer Aanvullende Zorgverzekering	2009	2010
17  Nieuw!  Extra zorg		<u>lid 5</u> <b>Sportarts:</b> <b>Wij vergoeden sportmedisch onderzoek, blessure consults en vervolgbehandelingen tot maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar. De behandeling moet uitgevoerd worden door een sportarts bij een Sportmedisch Advies Centrum.</b>