

DEEL 1: VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2009

Toelichting (modelnummer: 001)

1. Inleiding

In dit overzicht staat welke behandelingen en diensten u vergoed krijgt volgens uw zorgverzekering(en). Op uw polis staat welke zorgverzekering(en) u hebt afgesloten.

Ook geven wij algemene informatie over wat u moet doen om uw behandelingen of andere zorg daadwerkelijk vergoed te krijgen. Hoe zit het met uw vergoeding als u een eigen risico hebt? Hoe staat het met de eigen bijdrage? Hoe vergoeden wij uw rekening? Aan welke voorwaarden moet u verder voldoen om zorg vergoed te krijgen? Hebt u na het lezen van deze algemene informatie nog vragen, dan kunt u contact met ons opnemen. Ook op onze website vindt u informatie over allerlei onderwerpen. Via deze site kunt u ook een e-mail sturen.

2. Wat moet u doen om zorg vergoed te krijgen?

Er zijn verschillende manieren waarop u zorg vergoed kunt krijgen.

De zorgverlener (behandelaar of leverancier) stuurt de rekening naar ons

Wij hebben met veel zorgverleners afgesproken dat zij hun nota's niet naar u, maar rechtstreeks naar ons sturen. Wij vergoeden de rekening direct aan hen. Tussenkost van u is niet nodig.

Het kan zijn dat wij de zorgverlener meer betalen dan het bedrag waar u volgens uw zorgverzekering(en) recht op hebt. Bijvoorbeeld als voor een behandeling een eigen bijdrage geldt. Als dat zo is, sturen wij u een bericht dat wij teveel hebben betaald (zie uitleg verderop). U ontvangt later een rekening van ons.

De zorgverlener stuurt de rekening naar u

Bent u behandeld door een zorgverlener met wie wij geen afspraken hebben gemaakt, dan stuurt deze zorgverlener de rekening direct naar u. U betaalt deze rekening eerst helemaal zelf aan de zorgverlener. Daarna stuurt u de originele rekening (geen kopie!) naar ons op. U hebt daarvoor een notabegeleidingsformulier (declaratieformulier) van ons gekregen.

Als wij uw nota hebben ontvangen, kijken wij op welk bedrag u volgens uw zorgverzekering(en) recht hebt. Dit bedrag maken wij dan op uw bankrekening over. Het kan zijn dat u niet het volledige bedrag van ons vergoed krijgt. Bijvoorbeeld als voor de behandeling een eigen bijdrage geldt (zie uitleg verderop). Als u recht hebt op een volledige vergoeding kunnen wij, als u dat wilt, ook rechtstreeks aan de zorgverlener betalen.

Wij sturen u een bericht waarin staat wat wij betalen en op welke bankrekening wij dit overmaken. Ook sturen wij u een nieuw notabegeleidingsformulier toe. Dit kunt u gebruiken als u een volgende rekening opstuurt.

3. Als wij zorg niet helemaal vergoeden

Sommige behandelingen krijgt u niet helemaal vergoed. U moet een gedeelte zelf betalen. Als dat zo is, staat dit op dit Vergoedingen Overzicht.

Als uw zorgverlener ons een rekening stuurt dan betalen wij deze voor 100% aan de zorgverlener. Wij sturen u daarna een rekening van uw eigen bijdrage.

DEEL 1: VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2009

Als u ons zelf een rekening stuurt dan vergoeden wij daarvan dat deel, waar u volgens dit Vergoedingen Overzicht recht op hebt. Deze gedeeltelijke vergoeding betalen wij altijd aan u en niet aan de zorgverlener. U moet dan zelf het hele bedrag aan de zorgverlener betalen.

Eigen risico

Het eigen risico geldt alleen voor zorg die vergoed wordt uit de hoofdverzekering.

Alle vergoedingen uit de hoofdverzekering kunnen dus verrekend worden als u nog eigen risico hebt openstaan. Het eigen risico wordt alleen verminderd met het bedrag dat u vergoed zou krijgen. Het eigen risico wordt dus niet verminderd met de eigen bijdragen.

Vergoedingen uit uw aanvullende verzekering worden niet verrekend met het eigen risico.

Beperkte vergoeding

Bij een gedeeltelijke vergoeding staat in dit Vergoedingen Overzicht bijvoorbeeld dat wij een behandeling voor 80% vergoeden tot een maximum van € 500,- per jaar. Dit betekent dat wij uw nota's steeds voor 80% vergoeden, tot het moment dat wij in dat jaar € 500,- hebben betaald. De rest van dat jaar vergoeden wij die behandeling niet meer. Per 1 januari van het volgende jaar krijgt u weer 80% vergoed als u op dezelfde manier verzekerd blijft.

Eénmalige vergoeding

Het kan zijn dat wij in de totale looptijd van de verzekering één maximum bedrag vergoeden. In dit Vergoedingen Overzicht staat dan bijvoorbeeld dat wij maximaal € 1000,- vergoeden in de totale looptijd van uw verzekering. Deze éénmalige vergoeding geldt voor de hele periode dat u bij ons verzekerd bent. Wij vergoeden uw rekeningen in dit geval tot die € 1000,-. Hierna vergoeden wij de rekeningen voor deze behandelingen niet meer, ook niet als uw verzekering doorloopt of als u kiest voor een andere (aanvullende) zorgverzekering.

4. Voorwaarden voor vergoeding

Om recht te hebben op een vergoeding moet aan een aantal voorwaarden voldaan worden. Die voorwaarden vindt u in het artikel van "deel 2: Algemene Voorwaarden" waar dit Vergoedingen Overzicht naar verwijst. Twee voorwaarden die vaak voorkomen, zijn:

- a. De zorgverlener die u behandelt, moet door ons erkend zijn;
- b. Voordat de behandeling start, moeten wij u een akkoordverklaring hebben gegeven.

Tarieven

In dit Vergoedingen Overzicht kunt u zien hoeveel wij maximaal per verzekerde vergoeden.

Bijvoorbeeld in de vorm van een percentage (%) en soms met een maximumbedrag.

Bij het vaststellen van de vergoeding wordt ook gebruik gemaakt van marktconforme (maximum-)tarieven. Dit is het (maximum-)bedrag waarvoor een behandeling wordt vergoed. Het is mogelijk, dat een zorgverlener een hoger bedrag in rekening brengt dan ons marktconforme (maximum)tarief. Het kan dan dus gebeuren dat er een gedeelte voor uw eigen rekening blijft. Informatie hierover vindt u op onze website; u kunt ons hierover ook bellen.

Een erkende zorgverlener

Het is belangrijk dat een zorgverlener goed is opgeleid en voldoende kennis op zijn vakgebied heeft. Soms herkent u zo'n zorgverlener aan zijn titel (arts of medisch specialist). In andere gevallen is een zorgverlener of zorginstelling erkend door de overheid of door ons. Onze medewerkers kunnen u vertellen of een zorgverlener wel of niet erkend is. U kunt erkende zorgverleners ook opzoeken op onze website.

DEEL 1: VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2009

Akkoordverklaring vooraf

Voor sommige behandelingen is het voor u moeilijk om vast te stellen of u in aanmerking komt voor een vergoeding. Wij geven dan aan dat u vooraf een akkoordverklaring moet aanvragen, om teleurstellingen achteraf te voorkomen. Hiervoor stuurt u ons:

- a. een verwijsbrief of aanvraag van de huisarts, medisch specialist of tandarts die u behandelt;
- b. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Pas nadat u van ons de akkoordverklaring hebt gekregen, mag de zorg voor rekening van uw zorgverzekering komen.

5. Hoe gebruikt u dit deel 1: Vergoedingen Overzicht?

Dit vergoedingenoverzicht bestaat uit drie kolommen:

Wat krijgt u vergoed:

In deze kolom staan de behandelingen en diensten die wij vergoeden.

Hoeveel krijgt u vergoed:

In deze kolom staat hoeveel wij maximaal per verzekerde vergoeden.

Voorwaarden:

In deze kolom staat een nummer. Dit nummer verwijst naar een artikel in "deel 2: Algemene Voorwaarden". In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de zorg vergoed te krijgen.

In het Vergoedingen Overzicht kunnen wij verwijzen naar verschillende reglementen. U kunt deze reglementen bekijken op onze website of bij ons opvragen.

DEEL 1: VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2009

Delta Lloyd Zorgverzekering (Zorgverzekering Restitutie) (modelnummer: 6700102)

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van Delta Lloyd Zorgverzekering (Zorgverzekering Restitutie).

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Audiologische zorg		29.
Audiologische zorg	100%	29.
Dialyse zonder opname		24.
Dialyse zonder opname	100%	24.
Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing		28.
Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing	100%	28.
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)		40. t/m 43.
Eerstelijnspsychologische zorg (niet-specialistische GGZ)	maximaal 8 zittingen; u betaalt zelf € 10,- per zitting	40.
Specialistische geestelijke gezondheidszorg:		41.
- Specialistische GGZ met opname	maximaal 365 dagen	41.1.
- Specialistische GGZ zonder opname	100%	41.2.
Behandelingen van ernstige dyslexie	100%	43.
Geneesmiddelen en dieetpreparaten		37.
Geneesmiddelen (zie Reglement Farmaceutische Zorg)	100%; het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen op grond van het Geneesmiddelenvergoedings-systeem (GVS)	37.1.
Dieetpreparaten	100%	37.4.
Huisartsenzorg		19.
Huisartsenzorg en laboratoriumonderzoek door huisarts	100%	19.
Hulpmiddelenzorg		38.
Hulpmiddelenzorg (zie Reglement Hulpmiddelen)	100%; het kan zijn dat u een deel zelf moet betalen, zie hiervoor het Reglement	38.
Mechanische beademing		25.
Mechanische beademing	100%	25.
Medisch specialistische zorg		20.
Ziekenhuisopname	100%	20.1.
Medisch-specialistische zorg zonder opname	100%	20.2.
Verpleging zonder opname	100%	20.3.
Bepaalde plastisch-chirurgische behandelingen	100%	20.4.
Mondzorg		34. t/m 36.
Mondzorg in bijzondere gevallen voor verzekerden van alle leeftijden:		34.
- Tandheelkundig implantaat en suprastructuur	100%	
- Volledige prothese op implantaten in de boven- en/of onderkaak	100%; u betaalt zelf € 125,- per kaak	
- Orthodontie bij ernstige groei- of ontwikkelingsstoornis	100%	
Mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar	100%	35.
Mondzorg voor verzekerden van 22 jaar en ouder:		36.
- Specialistisch chirurgische mondzorg en röntgenonderzoek	100%	36.1.

DEEL 1: VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2009

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
- Volledige uitneembare prothese in de boven- en/of onderkaak	75%	36.2.
- Reparatie en rebasen van uitneembare volledige prothese	100%	36.2.
Onderzoek naar kanker bij kinderen		26.
Onderzoek naar kanker bij kinderen	100%	26.
Organtransplantaties		23.
Zorg waar u als verzekerde recht op hebt	100%	23.1.1.
Zorg waar de donor recht op heeft:		23.1.2.
- Nazorg	tot maximaal 13 weken na einde opname (voor leverdonoren is dit 6 maanden)	
- Medisch noodzakelijk vervoer	100%	
Paramedische zorg		30. t/m 33.
Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden met een indicatie die vermeld staat op de lijst aandoeningen fysiotherapie en oefentherapie:		30.
- Verzekerden jonger dan 18 jaar	100%	30.1.2.a.
- Verzekerden vanaf 18 jaar	u betaalt de eerste 9 behandelingen zelf; vanaf de 10e behandeling vergoeden wij 100%	30.1.1.
Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden jonger dan 18 jaar bij overige indicaties	9 behandelingen per indicatie, eventueel verlenging met 9 extra behandelingen bij die indicatie	30.1.2.b.
Ergotherapie	maximaal 10 uren per jaar	31.
Logopedie	100%	32.
Dieetadvisering	maximaal 4 uren per jaar	33.
Revalidatie		22.
Revalidatie	100%	22.
Trombosedienst		27.
Trombosedienst	100%	27.
Zwangerschap, bevalling en kraamzorg		20. en 21.
Verloskundige zorg:	100%	20. en 21.
- Bevalling in ziekenhuis met medische noodzaak	100%	21.1.
- Bevalling in ziekenhuis (open verloskamer) of kraamhotel zonder medische noodzaak	wij vergoeden maximaal € 108,- per dag; hogere kosten betaalt u zelf. Daarnaast betaalt u zelf € 15,- per dag.	21.2.
- Bevalling thuis	100%	21.4.
Kraamzorg:		21.
- In ziekenhuis met medische noodzaak	100%	21.1.
- In ziekenhuis of kraamhotel zonder medische noodzaak	wij vergoeden maximaal € 108,- per dag; hogere kosten betaalt u zelf. Daarnaast betaalt u zelf € 15,- per dag.	21.2. en 21.3.
- In kraamhotel of thuis na bevalling in ziekenhuis	maximaal 10 dagen; u betaalt zelf € 3,80 per uur	21.3.
- Thuis na thuisbevalling	maximaal 10 dagen; u betaalt zelf € 3,80 per uur	21.4.
Ziekenvervoer		39.

DEEL 1: VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2009

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Ambulancevervoer	100%	39.1.
Ziekenvervoer per taxi, openbaar vervoer en eigen auto:	u betaalt zelf eerst € 89,- per jaar	39.2.
- Taxi	100% na uw eigen betaling	
- Openbaar vervoer	laagste klasse na uw eigen betaling	
- Eigen auto	€ 0,28 per kilometer na uw eigen betaling	
