

Salland verzekeringen is onderdeel van Eno



Salland verzekeringen

Afdeling Cliëntenservice

Munsterstraat 6
7418 EV Deventer
Telefoon (0570) 68 74 84
Fax (0570) 68 73 00
www.salland.nl

Voorwaarden 2013

Basisverzekering en aanvullende verzekeringen


Salland
Dé zorgverzekeraar van Oost-Nederland

Wat is belangrijk om te weten en welke voorwaarden gelden?

Basisverzekering
Aanvullende verzekeringen
Tandartsverzekeringen

2013

Eno Zorgverzekeraar N.V.

Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn geldig vanaf 1 januari 2013. Eerdere verzekeringsvoorwaarden zijn vanaf dat moment vervallen.

Inhoudsopgave

Servicepagina's

Hoe leest u dit document?

Wie zijn wij en wat mag u van ons verwachten?

Onze service en garantie

Hoe neemt u contact met ons op?

Algemene bepalingen

Bepalingen die voor de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen gelden

Nota's en betaling

1	Hoe rekenen wij zorgkosten toe?	9
2	Hoe dient u een nota in?	9
3	Wanneer betalen wij?	9

Verzekeringen sluiten en stopzetten

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

Premie

12	Hoe is de premie opgebouwd?	12
13	Hoe moet u de premie betalen?	12

Belangrijke regels

14	Voor wie zijn de verzekeringen bestemd?	12
15	Aan welke informatieplichten moet u voldoen?	12
16	Wat moet u doen als een ander aansprakelijk is voor de zorgkosten?	13
17	Welke aansprakelijkheidsbeperking geldt er?	13
18	Hoe gaan wij om met uw persoonlijke gegevens?	13
19	Hoe gaan wij om met fraude?	13
20	Hoe wordt u lid van de coöperatie?	14
21	Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?	14
22	Wanneer mogen wij de verzekeringsvoorwaarden wijzigen?	14
23	Hoe werkt het aanvragen en verlenen van toestemming?	14
24	Hoe kunt u een klacht indienen?	14

Basisverzekering

Specifieke bepalingen voor de basisverzekering

Basisverzekering sluiten en stopzetten

1	Wanneer kunnen wij u weigeren?	18
2	Wat is de grondslag van de basisverzekering?	18

Premie

3	Wanneer hoeft u geen premie te betalen?	18
4	Wat gebeurt er bij een betalingsachterstand?	18

Eigen risico

5	Wanneer geldt het verplicht eigen risico?	19
6	Wanneer geldt het vrijwillig eigen risico?	20
7	Welke regels zijn van toepassing op het verplicht en vrijwillig eigen risico?	20

Verzekeringsdekking algemeen

8	Welke prestaties zijn verzekerd?	21
---	----------------------------------	----

Dekking en vergoeding in Nederland

9	Wat is de dekking in Nederland?	21
10	Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in Nederland vastgesteld?	21

Dekking en vergoeding in het buitenland

11	Wat is de dekking in het buitenland?	22
12	Hoe wordt de hoogte van de vergoeding in het buitenland vastgesteld?	22

Dekking en vergoeding per zorgvorm

	Huisartsenzorg	24
	Medisch specialistische zorg	24
	Second opinion	26
	Transplantatiezorg	26
	Revalidatiezorg	26
	Geriatrische revalidatiezorg	27
	Dialysezorg	28
	Mechanische beademing	28
	Onderzoek naar kanker bij kinderen	29
	Trombosezorg	29
	Erfelijkheidsadvisering	29
	Audiologische zorg	30
	Verloskundige zorg	30
	Kraamzorg	31
	Dyslexiezorg	31
	Fysiotherapie en oefentherapie	32
	Logopedie	33
	Ergotherapie	34
	Dieetadvisering	34
	Ketenzorg	35
	Tandheelkundige zorg	35
	Orthodontie in bijzondere gevallen	37
	Geneesmiddelenzorg	37
	Verblijf	38
	Verpleging zonder verblijf	39
	Ambulancevervoer	40
	Zittend ziekenvervoer	40
	Eerstelijnspsychologische zorg	42
	Specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	43
	Hulpmiddelenzorg	43
	Stoppen met roken	44
	Voorwaardelijk toegelaten zorg	45

Aanvullende verzekeringen Start, Extra, Plus, Top

Specifieke bepalingen voor de aanvullende verzekering

Aanvullende verzekering sluiten en stopzetten

1 Wanneer kunt u een aanvullende verzekering sluiten? _____	48
2 Wanneer begint de aanvullende verzekering? _____	48
3 Hoe kunt u de aanvullende verzekering wijzigen? _____	48

Premie

4 Hoe is de premie opgebouwd? _____	49
-------------------------------------	----

Verzekeringsdekking algemeen

5 Wanneer heeft u recht op vergoeding? _____	49
--	----

Specifieke beperkingen voor de aanvullende verzekeringen

6 Wanneer geldt er een wachttijd? _____	49
7 Welke algemene beperkingen van de verzekeringsdekking gelden? _____	49
8 Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden? _____	50
9 Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen? _____	50

Dekking en vergoeding per zorgvorm

Brillen en lenzen

Brillen en lenzen _____	51
-------------------------	----

Fysiotherapie en oefentherapie

Algemene fysiotherapie, manuele therapie en oefentherapie _____	51
Beweegprogramma _____	52

Psychische ondersteuning

Eerstelijnspsychologische zorg _____	53
Wettelijke eigen bijdrage _____	53

Alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen

Alternatieve geneesmiddelen _____	53
Alternatieve geneeswijzen _____	54

Geneesmiddelenzorg

Wettelijke eigen bijdrage _____	54
Maagzuurremmers _____	54
Overige geregistreerde geneesmiddelen _____	54

Gezinsplanning

Kraampakket _____	55
Bevalling in een ziekenhuis/geboortecentrum zonder medische noodzaak _____	55
Vergoeding eigen bijdrage voor kraamzorg _____	55
Begeleiding bij borstvoeding _____	55
TENS bij bevalling _____	56
Zwangerschapscursussen en moederbegeleiding _____	56
Anticonceptiemiddelen _____	56
Sterilisatie _____	57

Specialistische zorg

Mammaprint _____	57
Proctologie _____	57

Preventie

Stoppen met roken _____	58
Sportmedisch advies _____	58
Gezondheidsonderzoek met leefstijladvies _____	58
Gezondheids cursussen _____	58

Hulpmiddelen

Heupprotectoren	59
Hoorapparaten	59
Plaswekker	59
Pruiken	59
Redressiehelmen	59

Verblijf

Hospice	60
Kuuroord	60
Therapeutisch vakantiecamp	61

Vervoer en ziekenbezoek

Ziekenvervoer	61
Reiskosten bij ziekenbezoek	62
Logeershuis	62
Kinderopvang bij ziekenhuisopname	62

Uiterlijke verzorging

Voetverzorging	63
Podotherapie, podologie	63
Steunzolen	63
Pedicurebehandeling	63
Gezichtsverzorging	63
Acnebehandeling	63
Litteken- en huidvlekkenbehandeling	63
Ontharing	63
Ooglasering	64
Lensimplantaties	64
Ooglidcorrectie	64
Spataderbehandeling	65
Oorstandcorrectie	65

Buitenland

Alarmcentrale	65
Vaccinaties voor verblijf in het buitenland	66
Spoedeisende zorg in het buitenland, medisch noodzakelijke terugreis en vervoer overledene	66

Overige zorg

Nachtelijke thuiszorg voor stervenden	67
Medische rijbewijskeuring	67
Therapeutisch zwemmen	67
Sociale alarmering	67
Zorg voor vrouwen	67

Tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus, TandTop

Specifieke bepalingen voor de tandartsverzekering

Tandartsverzekering sluiten

Geldt er een medische selectie?	68
---------------------------------	----

Dekking en vergoeding

Algemene tandheilkundige zorg	68
Orthodontie als u jonger bent dan 18 jaar	68
Techniekkosten	69
Wettelijke eigen bijdrage voor kunstgebitten	69
Spoedeisende mondzorg in het buitenland	69

Wat betekenen alle begrippen?	70
-------------------------------	----

Trefwoordenlijst

Hoe leest u dit document?

Als u dit document leest, dan heeft u waarschijnlijk zorg nodig of zorg ontvangen. U wilt weten of en hoeveel vergoeding u krijgt als u een bepaalde behandeling moet ondergaan of bepaalde medicijnen nodig heeft.

In dit document staat belangrijke informatie voor u, die antwoord geeft op deze vragen. Veel van de inhoud heeft juridische waarde. Kleine aanpassingen in de tekst kunnen dan een heel andere betekenis krijgen. Die delen van de tekst zijn daarom iets minder makkelijk leesbaar dan een aantal andere delen.

Servicepagina's

In het eerste hoofdstuk vindt u onder andere onze contactgegevens. Alle verschillende contactgegevens staan in dit hoofdstuk overzichtelijk op een rij, zodat u ze snel bij de hand hebt. Natuurlijk vindt u onze gegevens ook op www.salland.nl/contact. Tot slot leest u wat u van ons mag verwachten en wat wij van u verwachten.

Algemene bepalingen

Een deel van de bepalingen geldt voor zowel de basisverzekering als voor de aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen. Wij hebben ze daarom gecombineerd opgenomen in een apart hoofdstuk.

In deze algemene bepalingen staat bijvoorbeeld hoe u een nota in moet dienen en binnen hoeveel dagen die door ons wordt betaald. Maar ook in welke gevallen u toestemming aan ons moet vragen voor een behandeling.

Basisverzekering

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

Aanvullende verzekeringen

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

Ons uitgangspunt is dat er voor iedereen een passend pakket moet zijn. Daarom bieden wij vier aanvullende verzekeringen:

• **Start** • **Extra** • **Plus** • **Top**

Tandartsverzekeringen

In dit hoofdstuk vindt u de dekking en vergoeding vanuit de tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus en TandTop.

Begrippenlijst

Om verwarring over de uitleg van begrippen te voorkomen, vindt u achterin dit document een definitie van alle belangrijke begrippen. Mocht het nodig zijn, dan is het wel zo handig om die erbij te kunnen pakken!

Wie zijn wij en wat mag u van ons verwachten?

Salland verzekeringen is onderdeel van de coöperatie Eno, een coöperatie met een lange historie. Ruim 150 jaar geleden zijn we ontstaan als 'Ziekenfonds voor den arbeidenden stand'. En net als toen werken we vandaag de dag nog steeds aan betaalbare en toegankelijke zorg. U kunt erop vertrouwen dat wij met zorgverleners goede afspraken maken over de beste zorg op de beste plek. Waar mogelijk is dat dichtbij u in de buurt. Soms is dat verder weg, bijvoorbeeld als het om complexere medische ingrepen gaat.

Wij gaan ervan uit dat ook u bijdraagt aan het betaalbaar houden van de zorg. Bijvoorbeeld door geen onnodige zorg te gebruiken en zorgverleners te vragen naar de noodzaak en het resultaat van bepaalde zorg. Daar kunt u zelf ook financieel voordeel van hebben, omdat u misschien kosten bespaart die meetellen voor het eigen risico. Zo dragen we samen bij aan betaalbare zorg en een betaalbare premie.

Onze service & garantie

Gespreid betalen verplicht eigen risico

Iedereen van 18 jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid heeft bepaald dat het verplicht eigen risico voor de basisverzekering in 2013 wordt verhoogd van € 220,- naar € 350,-. Een forse verhoging die een aanslag op uw portemonnee kan zijn.

Salland verzekeringen biedt u dan ook de mogelijkheid om dit wettelijk verplicht eigen risico gespreid te betalen. Met deze service helpen we u te voorkomen dat u voor verrassingen komt te staan. Wij hebben twee varianten ontwikkeld om het wettelijk verplicht eigen risico gespreid te betalen. Zo kunt u zelf besluiten welke voor u het beste past. Op www.salland.nl/eigenrisico leest u alles over deze service. Ook kunt u er gespreid betalen van het verplicht eigen risico aanvragen.

Variant 1: Vooraf gespreid betalen in 10 termijnen

Bij deze variant betaalt u uw verplicht eigen risico van € 350,- in 10 maandelijkse termijnen van € 35,-. Dit bedrag wordt elke maand automatisch van uw rekening afgeschreven. Als na afloop van het jaar blijkt dat u minder dan € 350,- van het verplicht eigen risico hebt verbruikt, storten wij het verschil automatisch terug. Voor het eigen risico van 2013 geldt dat u dit dan omstreeks mei 2014 op uw rekening kunt verwachten. Rekeningen die later binnen komen en meetellen voor het eigen risico 2013 worden alsnog in rekening gebracht.

Let op! Wilt u uw wettelijk verplicht eigen risico in 2013 vooraf gespreid betalen? Schrijf u dan vóór 1 februari 2013 in voor deze service.

Variant 2: Gespreid betalen na ontvangst van een declaratie

Bij deze variant betaalt u niet maandelijks een vast bedrag, maar gaat u pas betalen wanneer u daadwerkelijk zorg gebruikt en wij daarvoor een declaratie van u ontvangen. U betaalt dan maximaal € 70,- per maand gedurende vijf maanden. Dit wordt tegelijk met de premie van uw rekening afgeschreven.

Voorbeeld:

Stel, u hebt zorg ontvangen waarvoor u in totaal € 150,- eigen risico moet betalen. U betaalt dan twee maanden € 70,- en de laatste derde maand € 10,-. Als u het maximale bedrag van € 350,- moet betalen, krijgt u dus te maken met vijf termijnen van ieder € 70,- per maand.

Zelf uw verzekering samenstellen

Ieder mens heeft een eigen vraag naar en andere behoefte aan zorg. Voor de één is zorg voor de kinderen van belang en voor de ander is een goede tandartsvergoeding belangrijk. Daarom hebben wij onze aanvullende verzekeringen voor 2013 zo opgebouwd dat u voor uzelf, maar ook voor uw (eventuele) gezinsleden het best passende aanvullende pakket kunt samenstellen. Salland verzekeringen biedt vier aanvullende verzekeringen (Start, Extra, Plus en Top) met daarbij drie tandartsverzekeringen (TandExtra, TandPlus en TandTop). Met deze verzekeringen mag u zelf het voor u best passende pakket samenstellen. Wel zo prettig voor u.

Tijdens het jaar uw aanvullende verzekering verhogen

U kunt bij Salland verzekeringen kiezen uit vier verschillende aanvullende verzekeringen en drie verschillende tandartsverzekeringen. Het is mogelijk om tijdens het jaar alsnog een aanvullende verzekering of tandartsverzekering af te sluiten als u deze nog niet had. Ook is het mogelijk tijdens het jaar uw verzekering op te hogen.

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

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

Voorbeeld:

Stel, u heeft bij Salland wel een aanvullende verzekering, maar geen tandartsverzekering afgesloten, omdat u verwacht weinig tandartskosten te maken.

In maart blijkt dat uw zoon of dochter naar de orthodontist moet. Dit wordt niet vergoed vanuit de aanvullende verzekeringen. U kunt dan alsnog een tandartsverzekering afsluiten. Let er dan op dat u dat zo snel mogelijk bij ons aanvraagt. Als u dat nog in maart doet, dan gaat uw contract voor de tandartsverzekering per 1 april in. Omdat er een wachttijd geldt van zes maanden, kunt u vanaf oktober aanspraak doen op de vergoeding uit de tandartsverzekering.

We betalen uw nota's snel uit

Als u bij ons een nota indient, dan betalen we die in principe binnen 10 werkdagen uit. U heeft dus snel het geld op uw rekening.

Hoe neemt u contact met ons op?

Website

Veel antwoorden op vragen vindt u online, via www.salland.nl/vragen. Vindt u niet wat u zoekt? Gebruik dan het contactformulier op onze website, of een van de onderstaande manieren om met ons in contact te komen.

Cliëntenservice

Kunt u op de website niet vinden wat u zoekt of spreekt u liever persoonlijk met een van onze medewerkers? Neem dan contact op met onze afdeling Cliëntenservice. De medewerkers van deze afdeling zijn bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.00 uur tot 19.00 uur en op zaterdag van 9.00 uur tot 13.00 uur.

Telefoonnummer: (0570) 68 74 84

E-mail: info@salland.nl

Twitter: [@salland](https://twitter.com/salland)

Telefonische zorgvragen

Heeft u moeite met het vinden van een zorgverlener of is de zorg niet tijdig beschikbaar? Voor deze en uw andere zorgvragen hebben wij voor u zorgadviseurs beschikbaar. Onze adviseurs zijn bereikbaar via Salland ZorgAdvies: (0570) 68 74 70 en via www.salland.nl/zorgadvies. Zij helpen u met:

- het vinden van goede zorg;
- wachtlijstbemiddeling;
- het regelen van medische hulpmiddelen;
- het geven van informatie over gezondheid, ziekte en het voorkomen van gezondheidsklachten.

Ook voor het melden van uw zwangerschap en het aanvragen van kraamzorg kunt u terecht bij Salland ZorgAdvies.

Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en acuut zorg nodig heeft, moet u zo snel mogelijk contact opnemen met de Salland alarmcentrale.

Telefoonnummer: (0570) 68 73 33

Vanuit het buitenland: +31 570 68 73 33

E-mail: alarmcentrale@salland.nl

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

U kunt ons ook 's avonds en op zaterdag bereiken

Vanaf 1 januari 2013 hebben wij ruimere telefonische openingstijden. U kunt ons vanaf dan elke werkdag van 8.00 uur tot 19.00 uur telefonisch bereiken en op zaterdag tussen 9.00 uur en 13.00 uur. Onze bezoektijden blijven wel hetzelfde. U bent op werkdagen van 8.00 uur tot 17.00 uur van harte welkom op ons kantoor aan de Munsterstraat 6 in Deventer.

Postadres

Wilt u ons post sturen? Gebruik dan ons postbusnummer.

Stuur uw post naar:

Salland verzekeringen

Postbus 166,

7400 AD Deventer

Bezoekadres

Langskomen en persoonlijk met één van onze medewerkers spreken kan ook.

Ons bezoekadres is:

Salland verzekeringen

Munsterstraat 6,

7418 EV Deventer

Spreekuren

Wij houden op meerdere locaties spreekuren. U hoeft hiervoor geen afspraak te maken, u bent van harte welkom op een van de onderstaande adressen!

Kulturhus Holten, locatie Tuinstraat

Tuinstraat 2, 7451 EX Holten

Spreekuur: iedere dinsdag van 8.30 uur tot 10.00 uur

Leeuwenbrug Deventer

Leeuwenbrug 81, 7411 TH Deventer

Spreekuur: iedere dinsdag van 11.00 uur tot 13.00 uur

Kulturhus Jachtlust in Twello

Jachtlustplein 11, 7391 BW Twello

Spreekuren: iedere dinsdag en donderdag van 14.30 uur tot 16.00 uur

Kulturhus Raalte

Passage 1, 8102 EW Raalte

Algemene bepalingen

Bepalingen die voor de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen gelden

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

Nota's en betaling

1. Hoe rekenen wij zorgkosten toe?

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

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

2. Hoe dient u een nota in?

Het is niet de bedoeling dat u een nota krijgt voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder. Een gecontracteerde zorgaanbieder stuurt de declaratie rechtstreeks naar ons. Gaat u naar een ongecontracteerde zorgaanbieder, dan kunt u zelf de nota declareren.

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

- De nota is op een van de volgende manieren ingediend:
 - de originele nota is ingediend; of
 - de nota is in de vorm van een computeruitdraai ingediend. In dat geval moet de nota door of namens de zorgaanbieder zijn ondertekend en voorzien van een bewijs van echtheid; of
 - de (gescande) nota is via www.salland.nl/mijnsalland ingediend. In dat geval moet u de originele nota twee jaar na de indiening bewaren voor controle. Wij kunnen u vragen de originele nota alsnog naar ons te sturen. Als wij de originele nota dan niet ontvangen, vervalt het recht op vergoeding van die nota. De ten onrechte betaalde vergoeding vorderen we dan terug;
- De nota is in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse, Spaanse of Turkse taal opgesteld. Is de nota in een andere taal opgesteld? Dan kunnen wij weigeren de nota in behandeling te nemen, tenzij u een vertaling van een beëdigd vertaler meestuurt;
- U stuurt met de nota een ingevuld en ondertekend declaratieformulier mee. Declaratieformulieren kunt u downloaden via www.salland.nl/declareren. Op verzoek zenden wij een formulier toe;
- De nota is goed leesbaar.

U moet de nota van de zorg indienen binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u de zorg heeft gekregen. Het gaat daarbij om de behandeldatum of leveringsdatum en niet om de da-

tum waarop de nota is uitgeschreven. Als de zorg is omschreven als DBC(-zorgproduct), moet u de nota indienen binnen 12 maanden vanaf het moment dat de DBC of het DBC-zorgproduct is gesloten.

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

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

3. Wanneer betalen wij?

Een door u ingediende nota (met bijbehorend declaratieformulier) vergoeden wij in principe binnen 10 werkdagen na ontvangst van de nota. De status van uw via Mijn Salland ingediende nota's kunt u volgen via Mijn Salland.

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

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

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

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

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

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

Verzekeringen sluiten en stopzetten

4. Hoe sluit u een verzekering?

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

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

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

Als de basisverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de zorgverzekeringsplicht is ontstaan, werkt de basisverzekering terug tot en met de dag waarop de zorgverzekeringsplicht is ontstaan.

Als de te verzekeren persoon op de dag van de aanvraag al een zorgverzekering heeft, gaat de basisverzekering in op de latere dag dat u (verzekeringnemer) de basisverzekering wilt laten ingaan.

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

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

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

- per e-mail aan info@salland.nl;
- via het wijzigingsformulier op www.salland.nl/wijzigen.
- schriftelijk;

Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan:

Salland verzekeringen
Verzekerdenadministratie,
Antwoordnummer 30,
7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);

5. Voor hoe lang sluit u de verzekering?

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

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

6. Hoe werkt het als u zich bedenkt?

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

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

- per e-mail aan info@salland.nl;
- via het wijzigingsformulier op www.salland.nl/wijzigen.
- schriftelijk.

Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan:

Salland verzekeringen
Verzekerdenadministratie,
Antwoordnummer 30,
7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);

Een mondelinge opzegging geldt niet.

7. Wanneer eindigt de verzekering?

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

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

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

8. Hoe kunt u de verzekering beëindigen?

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

U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen van een andere persoon die u verzekerd heeft en die op grond van een an-

dere zorgverzekering verzekerd wordt. Als wij de opzegging hebben ontvangen voor de ingangsdatum van die andere zorgverzekering, eindigt de basisverzekering van die andere persoon op de ingangsdatum van de andere zorgverzekering. In andere gevallen eindigt de basisverzekering van die andere persoon op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.

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

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

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

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

- per e-mail aan info@salland.nl;
- via het wijzigingsformulier op www.salland.nl/wijzigen.
- schriftelijk.

Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan:
Salland verzekeringen
 Verzekerdenadministratie,
 Antwoordnummer 30,
 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);

Een mondelinge opzegging geldt niet.

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

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

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

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

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

10. Wanneer mogen wij de verzekering beëindigen of opschorten?

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

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

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

11. Wat gebeurt er met uw verzekering als u in detentie zit?

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

Vergeet niet ons de begindatum en het einde van uw detentie te melden. De begindatum moet u binnen één maand na het begin van de detentie melden. Het einde van de detentie moet u ons binnen één maand na afloop van de detentie melden.

De melding doet u door een detentieverklaring van uw penitentiaire inrichting te sturen naar:

Salland verzekeringen
Verzekerdenadministratie,
Antwoordnummer 30,
7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);

Premie

12. Hoe is de premie opgebouwd?

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

De premiegrondslag is opgenomen in de premiebijlage bij de verzekeringsvoorwaarden.

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

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

13. Hoe moet u de premie betalen?

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

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

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

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

Belangrijke regels

14. Voor wie zijn de verzekeringen bestemd?

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

Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

15. Aan welke informatieplichten moet u voldoen?

U (verzekerde/verzekeringnemer) bent verplicht:

- als u zorg krijgt in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of een vreemdelingendocument (identiteitsbewijzen als bedoeld in de Wet op de identificatieplicht);
- de zorgaanbieder die u behandelt te vragen de reden van behandeling bekend te maken aan de medisch adviseur, als de medisch adviseur daarom vraagt;
- ons medewerking te verlenen voor het verkrijgen van alle door ons gewenste informatie;
- in geval van detentie ons de begindatum en het einde van uw detentie te melden. De begindatum moet u binnen één maand na het begin van de detentie melden. Het einde van de detentie moet u ons binnen één maand na afloop van de detentie melden. De melding doet u door een detentieverklaring van uw penitentiaire inrichting te sturen naar:

Salland verzekeringen,
Verzekerdenadministratie,
Antwoordnummer 30,
7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);

- ons spoedig op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, waaronder verhuizing, geboorte, overlijden, wijziging bank- of gironummer, of die tot het einde van uw verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

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

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

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

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

- per e-mail aan info@salland.nl;
- via het wijzigingsformulier op www.salland.nl/wijzigen.
- schriftelijk.

Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan:

Salland verzekeringen
Verzekerdenadministratie,
Antwoordnummer 30,
7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);

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

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

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

- telefonisch via (0570) 68 74 84;
- schriftelijk.

Richt de brief aan:

Salland verzekeringen,

Verhaal,

Antwoordnummer 30,

7400 VB Deventer (postzegel niet nodig)

- per e-mail aan verhaal@salland.nl;
- via het formulier 'schade door ongeval' op www.salland.nl/schade. Via onze website krijgt u direct een globale indicatie of verhaal van schade door uzelf of door ons misschien mogelijk is.

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

U mag geen afspraken maken met een ander of de aansprakelijkheidsverzekeraar van die ander, die onze mogelijkheden om de zorgkosten te verhalen benadelen of kunnen benadelen. Dat geldt niet als u vooraf schriftelijke toestemming van ons heeft gekregen.

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

17. Welke aansprakelijkheidsbeperking geldt er?

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

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

18. Hoe gaan wij om met uw persoonlijke gegevens?

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

Wij gebruiken deze gegevens voor de volgende doelen:

- het aangaan en uitvoeren van de verzekering;

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

Op de verwerking van persoonsgegevens is het Privacyreglement Salland verzekeringen van toepassing. Dit reglement kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) bekijken en downloaden via www.salland.nl/privacy. Op verzoek zenden wij het toe.

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

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

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

19. Hoe gaan wij om met fraude?

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

In geval van fraude:

- kunnen wij uw (verzekerde/verzekeringnemer) gegevens laten opnemen in het Fraude Informatie Systeem Holland (FISH) of andere tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen van fraude. Dit gebeurt volgens de regels van het FISH Protocol. Dit protocol kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/fraude. Op verzoek zenden wij het toe;
- kunnen wij overgaan tot het doen van aangifte bij de politie;
- kunnen wij de onderzoekskosten die wij hebben gemaakt voor het opsporen en aantonen van de fraude, op u (verzekerde/verzekeringnemer) verhalen;
- kunnen wij de verzekering beëindigen;

- heeft u geen recht op vergoeding van kosten van de zorg en kunnen wij uitgekeerde vergoedingen, waaronder ook de kosten die daarvoor gemaakt zijn, terugvorderen.

20. Hoe wordt u lid van de coöperatie?

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

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

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

21. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?

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

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

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

22. Wanneer mogen wij de verzekeringsvoorwaarden wijzigen?

Wij kunnen de verzekeringsvoorwaarden met ingang van een door ons te bepalen datum wijzigen. Een wijziging van de premiegrond-

slag van de basisverzekering treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop wij deze aan u (verzekeringnemer) hebben medegedeeld.

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

23. Hoe werkt het aanvragen en verlenen van toestemming?

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

Een aanvraag om toestemming kunt u sturen naar:

Salland verzekeringen
Medisch adviseur,
Antwoordnummer 30,
7400 VB Deventer (geen postzegel nodig);

Als uw zorgaanbieder de aanvraag namens u indient, willen wij graag weten dat u daarmee akkoord bent. Dat kan door uw handtekening op de aanvraag te zetten.

24. Hoe kunt u een klacht indienen?

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

- digitaal indienen kan via het klachtenformulier op www.salland.nl/klachten.
- schriftelijk

Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan:

Salland verzekeringen
Klachtencommissie,
Antwoordnummer 30,
7400 VB Deventer (geen postzegel nodig);

Reageren wij niet binnen zes weken op uw verzoek of bent u (verzekerde/verzekeringnemer) niet tevreden over onze reactie? Dan kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) het geschil voorleggen

aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. Dit geldt niet als u (verzekerde/verzekeringnemer) het geschil al heeft voorgelegd aan de burgerlijke rechter. Het SKGZ handelt volgens een eigen reglement. De Ombudsman van de SKGZ bemiddelt in het geschil. Als bemiddeling niet mogelijk is of geen bevredigend resultaat geeft, kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindend advies uitbrengen. Meer informatie staat op www.skgz.nl.

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

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

- digitaal indienen kan via het klachtenformulier op www.salland.nl/klachten.
- schriftelijk.

Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan:

Salland verzekeringen

Klachtencommissie,

Antwoordnummer 30,

7400 VB Deventer (geen postzegel nodig);

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



Basisverzekering

Basisverzekering

Specifieke bepalingen voor de basisverzekering

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

Basisverzekering sluiten en stopzetten

1. Wanneer kunnen wij u weigeren?

Wij zijn niet verplicht de basisverzekering te sluiten als:

- u al een zorgverzekering heeft;
- wij uw eerdere basisverzekering in de vijf jaar voorafgaande aan het verzoek tot het sluiten van de nieuwe basisverzekering hebben opgezegd of ontbonden vanwege het niet betalen van de premie of vanwege opzettelijke misleiding door u (verzekerde/verzekeringnemer).

2. Wat is de grondslag van de basisverzekering?

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

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

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

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

Premie

3. Wanneer hoeft u geen premie te betalen?

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

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

4. Wat gebeurt er bij een betalingsachterstand?

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

- u (verzekeringnemer) machtigt ons toekomstige premies maandelijks automatisch te incasseren of iemand van wie u (verzekeringnemer) periodieke betalingen ontvangt krijgt de opdracht om namens u het bedrag van de toekomstige premies aan ons te betalen en in te houden op de betaling aan u;
- afspraken over het afbetalen van uw schulden, inclusief rente en incassokosten, in verband met de basisverzekering en de termijnen voor afbetaling;
- onze toezegging dat wij de basisverzekering niet tijdens de looptijd van de betalingsregeling zullen beëindigen of opschorten vanwege het bestaan van de schulden, inclusief rente en incassokosten, in verband met de basisverzekering. Die toezegging vervalt als u (verzekeringnemer) de machtiging of opdracht intrekt of de afspraken niet nakomt.

- 4.2 Als u (verzekeringnemer) de basisverzekering voor iemand anders heeft gesloten, omvat ons aanbod ook onze bereidheid om de opzegging van de basisverzekering van die ander te accepteren met ingang van de datum waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:
- de verzekerde zichzelf uiterlijk op de dag waarop de betalingsregeling ingaat heeft verzekerd op grond van een andere zorgverzekering;
 - als de verzekerde de zorgverzekering bij ons heeft gesloten (basisverzekering), deze ons een machtiging heeft gegeven tot maandelijkse automatische incasso van toekomstige premies of een opdracht heeft gegeven aan iemand van wie de verzekerde periodieke betalingen ontvangt (bijvoorbeeld de werkgever), om namens de verzekerde het bedrag van de toekomstige premies aan ons te betalen en in te houden op de betaling aan de verzekerde.
- In dat geval sturen wij een kopie van ons aanbod aan de verzekerde.
- 4.3 Tegelijk met het aanbod als bedoeld in 4.1 sturen wij u (verzekeringnemer) een brief, waarin staat dat u (verzekeringnemer) vier weken de tijd heeft om het aanbod te aanvaarden. Daarbij geven wij aan wat de gevolgen zijn als het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot zes of meer maandpremies. Ook wijzen wij u (verzekeringnemer) op de mogelijkheid van schuldhulpverlening.
- 4.4 Zodra de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot vier of meer maandpremies, informeren wij u (verzekerde/verzekeringnemer) zo spoedig mogelijk over ons voornemen een melding te doen als bedoeld in 4.7 als de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot zes of meer maandpremies. Wij doen de melding niet, als u (verzekerde/verzekeringnemer) uiterlijk binnen vier weken na ontvangst van de mededeling de premieachterstand bij ons heeft betwist.
- 4.5 Als u (verzekerde/verzekeringnemer) de premieachterstand tijdig heeft betwist, maar wij bij ons standpunt blijven, melden wij u (verzekerde/verzekeringnemer) dat wij de melding als bedoeld in 4.7 zullen doen als de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot zes of meer maandpremies. Deze melding doen wij niet, als u (verzekerde/verzekeringnemer) uiterlijk binnen vier weken na ontvangst van onze mededeling een geschil over de premieachterstand heeft voorgelegd aan de SKGZ, Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl, of aan de burgerlijke rechter.
- 4.6 Als de betalingsregeling ingaat als de premieachterstand, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot vier maandpremies, doen wij de mededeling als bedoeld in 4.7 niet, zolang de toekomstige premies worden voldaan.
- 4.7 Zodra de premieschuld, exclusief rente en incassokosten, is opgelopen tot zes of meer maandpremies, melden wij dit aan het CVZ en u (verzekerde/verzekeringnemer). Daarbij vermelden wij de persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor uitvoering van artikel 34a Zorgverzekeringswet door het CVZ. Ook vermelden wij dat wij ons aan de procedure als bedoeld in 4.4 tot en met 4.7 hebben gehouden. De melding als bedoeld in de eerste zin van 4.7 doen wij niet:
- als de premieachterstand tijdig is betwist als bedoeld in 4.4, maar wij nog geen reactie hebben gegeven;
 - gedurende de termijn van vier weken als bedoeld in 4.5;
 - als een geschil over de premieachterstand tijdig is voorgelegd aan de SKGZ of de burgerlijke rechter als bedoeld in 4.5 en hierover nog niet onherroepelijk is beslist;
 - als u (verzekeringnemer) zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet, zoals gemeenten en gemeentelijke kredietinstellingen, en aantoont dat in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden is gesloten.
- 4.8 Wij brengen het CVZ en u (verzekerde/verzekeringnemer) direct op de hoogte van de datum waarop:
- de uit de basisverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost of tenietgegaan;
 - de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet van toepassing wordt;
 - de schriftelijke overeenkomst als bedoeld in 4.7, punt vier, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waar ten minste u (verzekeringnemer) en wij aan deelnemen.

Eigen risico

5. Wanneer geldt het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u een verplicht eigen risico. De hoogte van het verplicht eigen risico is opgenomen in de premiebijlage bij deze verzekeringsvoorwaarden.

Niet onder het verplicht eigen risico vallen:

- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van huisartsenzorg. Wel onder het verplicht eigen risico vallen kosten van onderzoeken die de door ons aangewezen zorgaanbieders voor huisartsenzorg door anderen laten doen en apart in rekening worden gebracht, zoals laboratoriumtests;
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een huisartsencentrum;
- de kosten van ketenzorg;

- als u de donor bent, de kosten van nacontroles van u nadat de periode is verstreken, waarin kosten van de zorg aan u in verband met de opname voor de selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal als genoemd in het artikel over transplantatiezorg, sub e, ten laste komen van de zorgverzekering van de ontvanger van het transplantatiemateriaal;
- de kosten van door ons aangewezen geneesmiddelen of hulpmiddelen en de kosten van zorg aan u door een zorgaanbieder die wij daarvoor hebben aangewezen. De aangewezen geneesmiddelen, hulpmiddelen en zorgaanbieders zijn opgenomen in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het verplicht eigen risico'. Het actuele overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/eigenrisico. Op verzoek zenden wij het toe.
- de kosten van zorg aan u als u een door ons aangewezen programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken heeft gevolgd. De kosten moeten dan betrekking hebben op de aandoening waarvoor u dat programma heeft gevolgd. De aangewezen programma's zijn opgenomen in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het verplicht eigen risico'. Het actuele overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/eigenrisico. Op verzoek zenden wij het toe.

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

6. Wanneer geldt het vrijwillig eigen risico?

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

Niet onder het vrijwillig eigen risico vallen:

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

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

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

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

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

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

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

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

Verzekeringsdekking algemeen

8. Welke prestaties zijn verzekerd?

U heeft recht op:

- vergoeding van kosten van de zorg (restitutie). Dit geldt voor alle in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde zorgvormen met uitzondering van de hulpmiddelenzorg.
- hulpmiddelenzorg (zorg in natura). Ten aanzien van de hulpmiddelenzorg dient waar in de algemene artikelen (de artikelen die niet vallen onder het hoofdstuk Verzekeringsaanpakken per zorgvorm) in deze verzekeringsvoorwaarden 'recht op vergoeding van kosten van de zorg' staat, te worden gelezen 'recht op zorg'.
- informatieverstrekking en bemiddeling door ons voor het verkrijgen van de zorg, als u ons daarom verzoekt. Dat kunt u doen via www.salland.nl/zorgadvies. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

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

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

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

Dekking en vergoeding in Nederland

9. Wat is de dekking in Nederland?

U heeft recht op vergoeding van kosten van de zorg in Nederland als:

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

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

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

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

U heeft recht op vergoeding van kosten van de zorg door een ongecontracteerde zorgaanbieder in Nederland:

- a) als wij voor die zorg een maximumtarief hanteren, tot maximaal het tarief dat wij hebben vastgesteld. In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of wij een maximumvergoeding voor ongecontracteerde zorg hanteren. De tarievenlijsten kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe;

- b) als wij voor die zorg geen maximumtarief hanteren, tot maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt. Onder het marktconform Nederlands tarief vallen in elk geval de kosten van zorg die overeenkomen met het op dat moment voor die zorg geldende maximumtarief dat is vastgesteld op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg.

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

Dekking en vergoeding in het buitenland

11. Wat is de dekking in het buitenland?

U heeft recht op vergoeding van kosten van de zorg in het buitenland als:

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

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

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

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

- a) recht op vergoeding van kosten van de zorg die u van ons zou krijgen als deze zorg door een ongecontracteerde zorgaanbieder in Nederland was verleend, te weten:
- i. als wij voor die zorg een maximumtarief hanteren, tot maximaal het tarief dat wij hebben vastgesteld. In de verzekeringsvoorwaarden is per zorgvorm vermeld of wij een maximumvergoeding voor ongecontracteerde zorg hanteren. De tarievenlijsten kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe;
 - ii. als wij voor die zorg geen maximumtarief hanteren, tot maximaal het marktconform tarief dat in Nederland voor die zorg geldt. Onder het marktconform Nederlands tarief vallen in elk geval de kosten van zorg die overeenkomen met het op dat moment voor die zorg geldende maximumtarief dat is vastgesteld op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg;
- b) recht op zorg of vergoeding van kosten van zorg volgens de wettelijke regels van de sociale ziektekostenverzekering van dat land. De vergoeding onder i) geldt niet als de zorg niet, niet tijdig of alleen op grote afstand van uw woonplaats of uw tijdelijke verblijfplaats in het buitenland door een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden verleend. In dat geval heeft u recht op de vergoeding onder ii) of onder b.

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

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

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via +31 (0)570 68 74 70.

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

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

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

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

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

Dekking per zorgvorm

Huisartsenzorg

Wat is de dekking?

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

Onder huisartsenzorg valt ook preventieve voetzorg als u diabetes heeft.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een huisarts, zelfstandig gevestigd of deel uitmakend van een HOED ('huisartsen onder één dak') of GOED ('gezondheidszorg onder één dak');
- een huisartsendienstenstructuur;
- een huisartsencentrum;
- een andere persoon onder verantwoordelijkheid van de hierboven genoemde zorgaanbieders.

Als u diabetes heeft en een matig verhoogd of een hoog risico heeft op ulcera (Simm's-classificatie 1 tot en met 3) mag preventieve voetzorg ook worden verleend door een pedicure of een podotherapeut. Bij de screening van voeten van mensen met diabetes wordt gebruik gemaakt van de Simm's-classificatie om de risico's op de aantasting van de voet weer te geven.

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor huisartsenzorg.

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

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

Medisch specialistische zorg

Wat is de dekking?

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

Onder de zorg valt ook:

- hulpmiddelenzorg die u krijgt in het kader van een opname of een medisch specialistische behandeling als die deel uit (behoren te) maken van die opname of behandeling;
- geneesmiddelenzorg die u krijgt in het kader van een opname of een medisch specialistische behandeling als die deel uit (behoren te) maken van die opname of behandeling;
- behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met radiofrequente denervatie. Hiervoor geldt als voorwaarde dat uw indicatie en de behandeling in overeenstemming zijn met de voorwaarden die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd. ZonMw is een organisatie die gezondheidsonderzoek financiert en het gebruik van de ontwikkelde kennis stimuleert – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren;
- behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie als de indicatie en de behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die opgenomen zijn in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd;
- behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie als de indicatie en behandeling van u overeenkomstig de voorwaarden zijn die zijn opgenomen in de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)".

Plastische chirurgie (zorg van plastisch chirurgische aard) valt alleen onder de medisch specialistische zorg als deze is bedoeld ter correctie van: afwijkingen in uw uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

Onder de medisch specialistische zorg valt niet:

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

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

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

Waar moet u op letten?

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

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

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

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor medisch specialistische zorg geldt geen wettelijke eigen bijdrage.

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor medisch specialistische zorg door een ongecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor ongecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Second opinion

Wat is de dekking?

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

Waar moet u op letten?

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

Transplantatiezorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van transplantatiezorg. Transplantatiezorg omvat:

- transplantaties van weefsels en organen, als de transplantatie is verricht in een EU- of EER-land. Als de transplantatie is verricht in een ander land dan een EU- of EER-land moet de donor in dat land wonen en uw echtgenoot, uw geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van u zijn;
- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- de zorg die de donor krijgt gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest. Dit geldt alleen als de zorg verband houdt met die opname. In geval van een levertransplantatie geldt een termijn van een half jaar in plaats van dertien weken;
- het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien en voor zover medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel e;
- het vervoer van en naar Nederland, van een donor die in het buitenland woont, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland;
- overige kosten voor de transplantatie als deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Hieronder vallen niet de verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten.

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis mag de zorg verlenen.

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor transplantatiezorg.

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

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

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

Revalidatiezorg

Wat is de dekking?

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

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis en een revalidatiecentrum mogen de zorg verlenen.

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor revalidatiezorg.

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor revalidatiezorg door een ongecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor ongecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Geriatrische revalidatiezorg

Wat is de dekking?

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

U heeft alleen recht op vergoeding als:

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

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

Waar moet u op letten?

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

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

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

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

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor geriatrische revalidatiezorg door een ongecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor ongecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Dialysezorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van dialysezorg. Dialysezorg omvat niet-klinische bloeddialyse (haemodialyse) en buikspoeling (peritoneaaldialyse). De dialysezorg mag plaatsvinden in een dialysecentrum of bij u thuis op advies en onder de verantwoordelijkheid van een dialysecentrum.

Als de dialysezorg thuis plaatsvindt, heeft u recht op (zorg in natura):

- thuisdialyse-apparatuur. Thuisdialyse-apparatuur valt onder de hulpmiddelenzorg. Voor de verstrekking van thuisdialyse-apparatuur gelden daarom de voorwaarden voor hulpmiddelenzorg. Deze staan op een andere plek in deze verzekeringsvoorwaarden;
- de regelmatige controle en het onderhoud van de dialyseapparatuur en de chemicaliën en vloeistoffen die nodig zijn voor het verrichten van dialyse.

Als de dialysezorg thuis plaatsvindt, heeft u ook recht op:

- vergoeding van de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning die redelijk zijn en de kosten voor het herstel van de woning in de oorspronkelijke staat. Daarvoor geldt als voorwaarde dat er geen vergoeding mogelijk is op grond van andere wettelijke regelingen;
- vergoeding van overige redelijke kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen. Daarvoor geldt als voorwaarde dat er geen vergoeding mogelijk is op grond van andere wettelijke regelingen;
- de overige gebruiksartikelen die redelijkerwijs nodig zijn bij de thuisdialyse;
- de vergoeding van kosten van de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren of daarbij helpen;
- de vergoeding van kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum.

Waar moet u op letten?

Een dialysecentrum mag de zorg verlenen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor dialysezorg.

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor dialysezorg door een ongecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor ongecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde dialysecentra zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Mechanische beademing

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van mechanische beademing. De mechanische beademing mag plaatsvinden in een beademingscentrum of bij u thuis op advies en onder de verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

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

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

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

- de medisch specialistische en geneesmiddelenzorg die met de mechanische beademing verband houden;
- de apparatuur voor de mechanische beademing. Deze wordt door het beademingscentrum voor elke behandeling aan u gebruiksklaar ter beschikking gesteld.

Waar moet u op letten?

Een beademingscentrum mag de zorg verlenen.

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor mechanische beademing.

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

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

Onderzoek naar kanker bij kinderen

Wat is de dekking?

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

Waar moet u op letten?

Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion) mag de zorg verlenen.

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

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

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

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

Trombosezorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van trombosezorg. Trombosezorg omvat:

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

Waar moet u op letten?

Een trombosedienst mag de zorg verlenen.

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor trombosezorg.

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

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

Erfelijkheidsadvies

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van erfelijkheidsadvies. Erfelijkheidsadvies omvat:

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

Waar moet u op letten?

Een centrum voor erfelijkheidsadviesing mag de zorg verlenen.

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor erfelijkheidsadviesing.

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

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

Audiologische zorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van audiologische zorg. Audiologische zorg omvat:

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

Waar moet u op letten?

Een audiologisch centrum mag de zorg verlenen.

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor audiologische zorg.

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

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

Verloskundige zorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van verloskundige zorg. Verloskundige zorg omvat zorg die verloskundigen plegen te bieden. Onder de zorg valt ook:

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

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een verloskundige;
- een huisarts;
- een ziekenhuis;
- een echoscopisch centrum, alleen voor echoscopisch onderzoek.

Als u geen medische indicatie heeft, is alleen een zorgaanbieder met een vergunning op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek of met een samenwerkingsafpraak met een regionaal centrum dat beschikt over een vergunning op grond van de Wet op het bevolkingsonderzoek bevoegd om de counseling, het seo en de combinatietest (nekplooiemeting en serumonderzoek) te verrichten.

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

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

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

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

Kraamzorg

Wat is de dekking?

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

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

Waar moet u op letten?

Een kraamverzorgende mag de zorg verlenen.

Voor het krijgen van de kraamzorg moet u zich bij ons aanmelden. Als u zich aanmeldt voor de vijfde maand van de zwangerschap, kunnen wij tijdig voldoende zorg regelen. De aanmelding kan telefonisch via onze Zorgadvieslijn (0570) 68 74 70 en via het aanmeldformulier op www.salland.nl/zorgadvies.

Geldt er een wettelijke bijdrage?

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

Voor kraamzorg in een instelling geldt voor zowel de moeder als het kind een wettelijke eigen bijdrage van € 16,- per dag én het bedrag dat het tarief van de instelling per dag hoger is dan € 114,50. Dit geldt niet als u een medische indicatie heeft.

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor kraamzorg door een ongecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor ongecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde kraamverzorgenden zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Dyslexiezorg

Wat is de dekking?

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

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

Om voor dyslexiezorg in aanmerking te komen moet de school van de verzekerde een schoolanamneserapport hebben opgesteld. Daaruit moet blijken dat de school alles heeft gedaan wat op grond van het Protocol Dyslexie op school moet gebeuren.

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

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen, op voorwaarde dat ze zijn ingeschreven in het kwaliteitsregister voor gekwalificeerde dyslexie-behandelaars van het Nederlands instituut van psychologen (NIP) of de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO):

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

Voor deze zorgaanbieder geldt de voorwaarde voor inschrijving in het kwaliteitsregister niet:

- een zorgaanbieder met een B-aansluiting bij het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD) of een Lidmaatschap Databank Kwaliteitsinstituut Dyslexie bij het Kwaliteitsinstituut Dyslexie (KD). In dat geval moet een gezondheidszorgpsycholoog of een orthopedagoog op het niveau van een gezondheidszorgpsycholoog eindverantwoordelijk voor de zorg zijn.
- een gecontracteerde zorgaanbieder voor het verlenen van dyslexiezorg.

Voor zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder heeft u geen toestemming van ons nodig.

Voor zorg door een ongecontracteerde zorgaanbieder moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat de verzekerde de zorg krijgt.

Bij de aanvraag voor diagnostiek moet u meesturen:

- een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier Dyslexiezorg Salland. Dit aanvraagformulier kunt u downloaden via www.salland.nl/dyslexie. Op verzoek zenden wij het toe;
- een rapport van de school op grond van het Protocol Dyslexie waaruit het vermoeden van ernstige dyslexie blijkt.

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

- een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier Dyslexiezorg Salland. Dit aanvraagformulier kunt u downloaden via www.salland.nl/dyslexie. Op verzoek zenden wij het toe;
- een behandelplan conform het Protocol Dyslexie.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor dyslexiezorg.

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor dyslexiezorg door een ongecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor ongecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Fysiotherapie en oefentherapie

Wat is de dekking?

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

18 jaar of ouder

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u recht op de vergoeding van kosten van:

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

Jonger dan 18 jaar

Als de verzekerde jonger dan 18 jaar is, heeft de verzekerde recht op de vergoeding van kosten van fysiotherapie of oefentherapie voor een aandoening die staat op een door de minister vastgestelde lijst (Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering), de Lijst Chronische aandoeningen

fysiotherapie en oefentherapie. Voor sommige aandoeningen in de Lijst geldt een maximale termijn voor de duur van de behandeling. Als de verzekerde fysiotherapie of oefentherapie krijgt voor een aandoening waarvoor een maximale termijn geldt, heeft de verzekerde recht op vergoeding van de zorg tot het einde van de maximale termijn.

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

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

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

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

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

Voor de behandeling van lymfoedeem en voor behandeling door een bekkenfysiotherapeut heeft u een verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist. De verwijzing moet een toelichting bevatten, waaruit duidelijk de behoefte aan die vorm van fysiotherapie blijkt.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor fysiotherapie en oefentherapie.

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor fysiotherapie en oefentherapie door een ongecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor ongecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Logopedie

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van logopedie. Logopedie omvat de zorg die logopedisten plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder de zorg valt ook stottertherapie. Onder de zorg valt niet de behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen stottertherapie verlenen:

- een logopedist;
- instituut Del Ferro;
- instituut De Pauw.

Een logopedist mag ook de overige zorg verlenen.

Voor logopedie door een ongecontracteerde zorgaanbieder moet u een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, orthopedagoog of jeugdgezondheidszorgarts.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor logopedie.

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor logopedie door een ongecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor ongecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde logopedisten zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Ergotherapie

Wat is de dekking?

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

Waar moet u op letten?

Een ergotherapeut mag de zorg verlenen.

Voor ergotherapie door een ongecontracteerde ergotherapeut moet u een verwijzing hebben van een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, jeugdgezondheidszorgarts of een bedrijfsarts.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor ergotherapie.

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor ergotherapie door een ongecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor ongecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde ergotherapeuten zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Dieetadvisering

Wat is de dekking?

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

Waar moet u op letten?

Een diëtist mag de zorg verlenen.

Voor dieetadvisering door een ongecontracteerde diëtist moet u een verwijzing hebben van een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdgezondheidszorgarts of een medisch specialist.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor dieetadvisering.

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor dieetadviesing door een ongecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor ongecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde diëtisten zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Ketenzorg**Wat is de dekking?**

U heeft recht op vergoeding van de kosten van ketenzorg. Ketenzorg kan er zijn voor vasculair risicomanagement, voor chronisch obstructief longlijden (COPD) en voor personen van 18 jaar en ouder met Diabetes Mellitus type 2.

Waar moet u op letten?

Een gecontracteerde zorggroep mag de zorg verlenen. Gecontracteerde zorggroepen zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor ketenzorg.

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

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

Tandheelkundige zorg**Wat is de dekking?**

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

Alle leeftijden

U heeft recht op vergoeding van kosten van tandheelkundige zorg als:

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

Jonger dan 18 jaar

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

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar. Recht op vergoeding van de kosten voor meer keren per jaren heeft de verzekerde alleen als dat tandheelkundig gezien noodzakelijk is;
- een incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- maximaal twee fluoride-behandelingen per jaar vanaf het moment dat de blijvende tanden en kiezen doorbreken. Recht op vergoeding van de kosten voor meer keren per jaar heeft de verzekerde alleen als dat tandheelkundig gezien wenselijk is;
- sealing;

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

18 jaar of ouder

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

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

Waar moet u op letten?

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

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

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

Voor zorg door een ongecontracteerde mondhygiënist moet u een verwijzing hebben van een tandarts.

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

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

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

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

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

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

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

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

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

Orthodontie in bijzondere gevallen

Wat is de dekking?

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

Waar moet u op letten?

Tandartsen en orthodontisten mogen de zorg verlenen.

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

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

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

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

Geneesmiddelenzorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van geneesmiddelenzorg. Geneesmiddelenzorg (farmaceutische zorg) omvat terhandstelling van:

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

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

Onder geneesmiddelenzorg valt niet:

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

Bijlage 1 en 2 van de Regeling Zorgverzekering kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/geneesmiddelen. Op verzoek zenden wij deze toe.

Hoe lang vergoeden wij de geneesmiddelen?

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

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

Waar moet u op letten?

Apothekers en apotheekhoudende huisartsen mogen de zorg verlenen.

Voor vergoeding van geneesmiddelen moet u een voorschrift hebben.

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

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

Toestemming of apotheekinstructie

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

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

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, als de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Er geldt ook een wettelijke eigen bijdrage als een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een wettelijke eigen bijdrage is verschuldigd. In de Regeling zorgverzekering is geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend.

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor geneesmiddelenzorg door een ongecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor ongecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Verblijf

Wat is de dekking?

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

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

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen het verblijf bieden:

- ziekenhuis, als u medisch specialistische zorg, revalidatiezorg, geriatrische revalidatiezorg, transplantatiezorg, mechanische beademing, verloskundige zorg, specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg of chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard krijgt;
- een revalidatiecentrum, als u revalidatiezorg of geriatrische revalidatiezorg krijgt;
- een psychiatrisch ziekenhuis, als u specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg krijgt;
- een beademingscentrum, als u mechanische beademing krijgt;
- een centrum voor erfelijkheidsadviesing, voor erfelijkheidsadviesing aan u;
- een verpleeghuis, voor geriatrische revalidatiezorg.

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

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

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verblijf.

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

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

Verpleging zonder verblijf

Wat is de dekking?

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

Waar moet u op letten?

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

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

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verpleging zonder verblijf.

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor verpleging zonder verblijf door een ongecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor ongecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Ambulancevervoer

Wat is de dekking?

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

- a) naar een zorgaanbieder waarvan u zorg krijgt die (gedeeltelijk) ten laste van uw basisverzekering komt;
- b) naar een instelling waarin u verblijft en het verblijf (gedeeltelijk) ten laste van de AWBZ komt. Vervoer voor zorg in een instelling voor een deel van een dag valt hier niet onder;
- c) vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 1. een persoon bij wie of een instelling waarin u een onderzoek of een behandeling krijgt waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komen;
 2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
- d) naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, als u komt van een van zorgaanbieders, bedoeld in de onderdelen a, b of c.

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

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

Waar moet u op letten?

Een ambulancevervoerder mag de zorg verlenen.

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

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

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

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

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

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

Zittend ziekenvervoer

Wat is de dekking?

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

- a) naar een zorgaanbieder waarvan u zorg krijgt die (gedeeltelijk) ten laste van uw basisverzekering komt;
- b) naar een instelling waarin u verblijft en het verblijf (gedeeltelijk) ten laste van de AWBZ komt. Vervoer voor zorg in een instelling voor een deel van een dag valt hier niet onder;
- c) vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 1. een persoon bij wie of een instelling waarin u een onderzoek of een behandeling krijgt waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ komen;
 2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt;
- d) naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, als u komt van een van zorgaanbieders, bedoeld in de onderdelen a, b of c;

op voorwaarde dat sprake is van een van de volgende redenen:

- u moet nierdialyses ondergaan;
- u moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
- u kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
- u ziet zo slecht dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.

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

Wat geldt er in uitzonderlijke situaties?

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

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

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

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

Waar moet u op letten?

Voor het vervoer kunt u gebruik maken van een auto van uzelf of van iemand anders. Verder mag u gebruik maken van een taxibedrijf of openbaar vervoerbedrijf.

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

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

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor zittend ziekenvervoer geldt een wettelijke eigen bijdrage van maximaal € 95,- per kalenderjaar. De wettelijke eigen bijdrage geldt niet:

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

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor ziekenvervoer door een ongecontracteerd taxibedrijf. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor ongecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde taxibedrijven zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Eerstelijnspsychologische zorg

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van eerstelijnspsychologische zorg. Eerstelijnspsychologische zorg omvat niet-specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg zoals klinisch psychologen plegen te bieden.

Onder de eerstelijnspsychologische zorg valt niet:

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

U heeft recht op vergoeding van kosten van maximaal vijf zittingen per kalenderjaar. Een zitting wordt als volgt berekend:

- | | |
|---|--|
| • individueel eerstelijnspsychologisch consult | 1 zitting |
| • dubbel individueel eerstelijnspsychologisch consult (van toepassing bij behandelmethode EMDR en diagnostiek bij kinderen en jeugdigen): | 2 zittingen |
| • individueel kort eerstelijnspsychologisch consult | ½ zitting |
| • telefonisch en e-mailconsult | ¼ zitting |
| • consult gezinstherapie éénouder | 1 zitting |
| • dubbel consult gezinstherapie éénouder | 2 zittingen |
| • consult gezinstherapie tweouder | ½ zitting per ouder |
| • dubbel consult gezinstherapie tweouder | 1 zitting per ouder |
| • consult groepstherapie 4 t/m 8 personen | ¼ zitting per deelnemer |
| • dubbel consult groepstherapie 4 t/m 8 personen | ½ zitting per deelnemer |
| • consult groepstherapie 9 t/m 12 personen | ⅓ zitting per deelnemer |
| • internetbehandeltraject | afhankelijk van de kosten van het traject. |

Het aantal zittingen van een internetbehandeltraject wordt berekend door de kosten van traject (exclusief de wettelijke eigen bijdrage) te delen door € 60,-. De uitkomst is (naar beneden afgerond op hele getallen) het aantal zittingen.

Zorgverlening aan huis heeft geen invloed op de berekening van de zitting.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

- een gezondheidszorgpsycholoog;
- een orthopedagoog;
- een zorgaanbieder die als kinder- en jeugdpsycholoog NIP is ingeschreven in het verenigingsregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP);
- een andere zorgaanbieder als wij met die zorgaanbieder hebben afgesproken dat die zorgaanbieder eerstelijnspsychologische zorg mag verlenen.

In afwijking hiervan mag een internetbehandeltraject alleen worden verleend door een voor het verlenen van dat traject door ons gecontracteerde zorgaanbieder.

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

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Voor eerstelijnspsychologische zorg geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 20,- per zitting. Voor een internetbehandeltraject geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 50,-.

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor eerstelijnspsychologische zorg door een ongecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor ongecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg**Wat is de dekking?**

U heeft recht op vergoeding van kosten van specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg omvat specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg die psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen plegen te bieden.

Onder de specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg valt niet:

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

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg verlenen:

- een klinisch psycholoog;
- een psychiater of zenuwarts;
- een psychotherapeut;
- een instelling voor het verlenen van specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals een psychiatrisch ziekenhuis, een ziekenhuis (PAAZ, PAAcZ of PUK) of een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.

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

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

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

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg door een ongecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor ongecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Hulpmiddelenzorg**Wat is de dekking?**

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

Het Reglement Hulpmiddelen kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/hulpmiddelen. Op verzoek zenden wij het toe.

Onder de hulpmiddelenzorg vallen niet:

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

Waar moet u op letten?

In beginsel moet u gebruik maken van zorg door gecontracteerde zorgaanbieders. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

U kunt kiezen voor zorg door een ongecontracteerde zorgaanbieder. In het Reglement Hulpmiddelen staat welke zorgaanbieders de zorg in dat geval mogen verlenen.

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

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

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

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

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

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

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

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

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

Stoppen met roken

Wat is de dekking?

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

Begeleiding bij stoppen met roken kan ook onderdeel zijn van huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, verloskundige zorg of eerstelijnspsychologische zorg. Voor het recht op vergoeding van kosten van begeleiding bij stoppen met roken gelden in dat geval de voorwaarden voor vergoeding van kosten van die vormen van zorg. Die voorwaarden staan genoemd in de artikelen voor die zorg, te weten: Huisartsenzorg, Medisch specialistische zorg, Verloskundige zorg en Eerstelijnspsychologische zorg.

Waar moet u op letten?

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

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

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor stoppen met roken.

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

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

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

Voorwaardelijk toegelaten zorg

Wat is de dekking?

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

Hieronder valt de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met radiofrequente denervatie, behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie en behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie. Deze behandelingen zijn onderdeel van de medisch specialistische zorg. De voorwaarden voor het recht op vergoeding van kosten van deze behandelingen zijn daarom opgenomen in het artikel over medisch specialistische zorg.

Als dure en weesgeneesmiddelen of andere vormen van zorg voorwaardelijk worden toegelaten, gelden voor het recht op vergoeding van kosten daarvan de daarbij in betreffende ministeriële regeling opgenomen voorwaarden. De voorwaarden kunt u in dat geval bekijken en downloaden via www.salland.nl/voorwaardelijkezorg. Op verzoek zenden wij deze toe.

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

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



Aanvullende verzekeringen

Aanvullende verzekeringen Start, Extra, Plus, Top

Specifieke bepalingen voor de Aanvullende verzekering

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

Aanvullende verzekering sluiten en stopzetten

1. Wanneer kunt u een aanvullende verzekering sluiten?

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

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

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

2. Wanneer begint de aanvullende verzekering?

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

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

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

3. Hoe kunt u de aanvullende verzekering wijzigen?

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

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

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

Premie

4. Hoe is de premie opgebouwd?

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

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

Verzekeringsdekking algemeen

5. Wanneer heeft u recht op vergoeding?

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

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van zorg als:

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

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

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

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

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

Specifieke beperkingen voor de aanvullende verzekeringen

6. Wanneer geldt er een wachttijd?

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

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

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

7. Welke algemene beperkingen van de verzekeringsdekking gelden?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg:

- die is verleend in het buitenland, tenzij dat nadrukkelijk anders is aangegeven in deze verzekeringsvoorwaarden;
- die vallen onder het verplicht eigen risico of het vrijwillig eigen risico, tenzij dat nadrukkelijk anders is aangegeven in deze verzekeringsvoorwaarden;

- die zijn veroorzaakt door uw eigen grove schuld of opzet van u;
- die zijn ontstaan tijdens uw deelname aan een misdrijf;
- die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het beoefenen van wedstrijd sport in het buitenland;
- die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het beoefenen van gevaarlijke sporten of het beoefenen van beroeps- of semi-beroepssport;
- die zijn ontstaan tijdens en mede het gevolg zijn van het maken van bergtochten die voor een ongeoefende niet zonder bezwaar, beoefenbaar of begaanbaar zijn;
- wintersporten, behalve sleeën, schaatsen, langlaufen en skiën binnen de piste;
- van opsporing, redding en berging.

8. Welke beperkingen gelden in geval van bijzondere omstandigheden?

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

9. Wat geldt bij samenloop met andere voorzieningen?

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van zorg:

- als u op grond van een andere overeenkomst, wet of andere voorziening recht heeft op vergoeding van kosten van die zorg;
- als u op grond van die andere overeenkomst, wet of andere voorziening recht zou hebben op vergoeding van kosten van die zorg als uw aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan.

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

Dekking per zorgvorm

Brillen en lenzen

Vergoeding

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

Voor aanvullend voordeel voor u hebben wij afspraken gemaakt met gecontracteerde optiekbedrijven. Dit klantvoordeel kunt u vinden op www.salland.nl/klantenvoordeel.

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van:

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

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

Waar moet u op letten?

Optiekbedrijven met een gediplomeerde opticien/contactlensspecialist mogen de brillen en lenzen leveren.



Voor brilvervangings kunt u ook terecht bij Eyelove. Kijk voor verkoopadressen op www.eyelovebrillen.nl. Op die website vindt u ook welke Eyelove-vestigingen oogmetingen verrichten.

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

Fysiotherapie en oefentherapie

Algemene fysiotherapie, manuele therapie, oefentherapie

Vergoeding

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

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van:

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

De vergoeding geldt voor de verschillende therapieën gezamenlijk.

U heeft recht op vergoeding van zittingen in het buitenland. Voor zittingen in het buitenland gelden de tarieven voor ongecontracteerde zorg.

Dekking per zorgvorm

Een zitting wordt als volgt berekend:

- Telefonische zitting (en verslag) ½ zitting
- Screening (en verslag) ½ zitting
- Groepszitting 3-10 personen ½ zitting
- Overige (gewone zittingen, intake etc.) 1 zitting

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de zorg verlenen:

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

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist voor behandeling door een ongecontracteerde bekkenfysiotherapeut, ongecontracteerde huidtherapeut en ongecontracteerde kinderfysiotherapeut. Als u de eerste nota indient, moet u een kopie van de verwijzing meesturen.

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

U heeft recht op volledige vergoeding van behandelingen door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Voor behandelingen door een ongecontracteerde zorgaanbieder, geldt een maximumvergoeding per behandeling. De tarievenlijst met maximumvergoedingen kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Beweepprogramma

Vergoeding			
Start	Extra	Plus	Top
			
		1 beweeprogramma per kalenderjaar	1 beweeprogramma per kalenderjaar

Wat is de dekking?

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

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

Doelgroepen

U heeft alleen recht op vergoeding als u tot een van de volgende doelgroepen behoort:

- u bent jonger dan 18 jaar en
 - heeft een chronische en/of langdurige aandoening;
 - heeft obesitas met een BMI van >30 (ook als het beweeprogramma onderdeel is van een preventief programma);

- u bent ouder dan 18 jaar en
 - heeft diabetes mellitus type II;
 - heeft een indicatie voor CVRM – cardiovasculair risicomanagement;
 - heeft COPD – gold I, II of III;
 - heeft artrose van de heup en/of de knie;
 - bent ouder dan 55 jaar en heeft een indicatie voor valpreventie (onder andere bij osteoporose);
 - heeft chronische specifieke lage rugklachten, die minimaal drie keer per jaar terugkomen;
 - heeft reumatoïde artritis;
 - heeft obesitas met een BMI > 30.

Waar moet u op letten?

Alleen een door ons gecontracteerde zorgaanbieder mag de zorg verlenen. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts.

Bij aanvang van het beweegprogramma moet u aan uw zorgaanbieder een eigen bijdrage betalen van € 30,-. Aan het eind van het door u voltooide programma krijgt u deze eigen bijdrage terug in de vorm van korting op fysiofitness bij dezelfde zorgaanbieder.

Psychische ondersteuning

Vergoeding			
Start	Extra	Plus	Top
		maximaal € 200,- per kalenderjaar	maximaal € 400,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

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

Eerstelijnspsychologische zorg

U heeft recht op vergoeding van eerstelijns psychologische zorg in aanvulling op de behandelingen eerstelijns psychologische zorg vanuit de basisverzekering.

Wettelijke eigen bijdrage

U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor eerstelijnspsychologische zorg.

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen de eerstelijnspsychologische zorg verlenen:

- een gezondheidszorgpsycholoog;
- NVO orthopedagoog-generalist;
- kinder- en jeugdpsycholoog NIP.

Moet u bijbetalen voor ongecontracteerde zorg?

Voor behandelingen eerstelijnspsychologische zorg door een ongecontracteerde zorgaanbieder, geldt een maximumvergoeding per zitting. De tarievenlijst met maximumvergoedingen kunt u bekijken en downloaden via www.salland.nl/tarieven. Als de tarieven van de ongecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Alternatieve geneeswijzen en alternatieve geneesmiddelen

Vergoeding			
Start	Extra	Plus	Top
	maximaal € 250,- per kalenderjaar	maximaal € 350,- per kalenderjaar	maximaal € 550,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

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

Alternatieve geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van antroposofische en homeopathische middelen die zijn opgenomen in de Z-index. Via www.cbg-meb.nl onder het kopje ‘geneesmiddeleninformatiebank voor mensen’ kunt u opzoeken of het middel in de Z-index is opgenomen.

Aanvullende verzekeringen

Alternatieve geneeswijzen

U heeft recht op vergoeding van de volgende alternatieve geneeswijzen:

- acupunctuur;
- antroposofie;
- chiropractie;
- gestalttherapie;
- haptotherapie;
- (klassieke) homeopathie;
- manuele geneeskunde;
- natuurgeneeswijzen;
- neurofeedback;
- osteopathie.

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

Waar moet u op letten?

Een apotheek en apotheekhoudende huisarts mogen de geneesmiddelen leveren.

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

Voor vergoeding van alternatieve geneesmiddelen moet u een recept hebben van een arts of van uw alternatieve zorgaanbieder.

Geneesmiddelenzorg

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

Wat is de dekking?

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

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

Wettelijke eigen bijdrage

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

Maagzuurremmers

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

Overige geregistreerde geneesmiddelen

U heeft recht op vergoeding van overige geregistreerde geneesmiddelen. Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

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

Waar moet u op letten?

Een gecontracteerde apotheker en gecontracteerde apotheekhoudende huisarts mogen de geneesmiddelen verstrekken. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Voor maagzuurremmers en overige geregistreerde geneesmiddelen heeft u een recept van een huisarts of medisch specialist nodig.

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

Gezinsplanning

Kraampakket

Vergoeding

Start	Extra	Plus	Top
			
		ja	ja

Wat is de dekking?

U heeft recht op een kraampakket, als u tenminste 24 weken zwanger bent. Het kraampakket bestaat uit:

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

Waar moet u op letten?

U moet het kraampakket tijdig bij ons aanvragen. Dat kan telefonisch bij Salland Zorgadvies via (0570) 68 74 70 en via het aanmeldformulier op www.salland.nl/zorgadvies. Het kraampakket wordt bezorgd vanaf de 34e week van de zwangerschap.

Bevalling in een ziekenhuis/geboortecentrum zonder medische noodzaak

Vergoeding

Start	Extra	Plus	Top
			
		100%	100%

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van het bevalling in een ziekenhuis, kraamhotel of geboortecentrum, als er geen sprake is van een medische indicatie voor bevalling in het ziekenhuis. Het kraamhotel of geboortecentrum moet hiervoor door ons zijn gecontracteerd. U heeft geen recht op vergoeding van kosten die niet noodzakelijk zijn in verband met de bevalling, zoals gastovernachting en kosten van maaltijden.

Waar moet u op letten?

De bevalling moet plaatsvinden in een ziekenhuis of in een door ons gecontracteerd kraamhotel of geboortecentrum. De gecontracteerde kraamhotels en geboortecentra zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Vergoeding eigen bijdrage voor kraamzorg

Vergoeding

Start	Extra	Plus	Top
			
		100%	100%

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg.

Begeleiding bij borstvoeding

Vergoeding

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

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van individueel advies en begeleiding bij het geven van borstvoeding.

Waar moet u op letten?

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

TENS bij bevalling

Vergoeding			
Start	Extra	Plus	Top
			100%

Wat is de dekking?

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

Zwangerschapscursussen en moederbegeleiding

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

Wat is de dekking?

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

Waar moet u op letten?

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

Anticonceptiemiddelen

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

Wat is de dekking?

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

Anticonceptiemiddelen

U heeft recht op vergoeding van de volgende anticonceptiemiddelen:

- de anticonceptiepil;
- de prikpil;
- het spiraal;
- de hormonale anticonceptiepleister;
- de hormoonring;
- het anticonceptiestaaftje;
- het pessarium en diafragma;
- de Femcap;
- siliconenkapje.

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

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

Wettelijke eigen bijdrage

U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor anticonceptiemiddelen.

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

Waar moet u op letten?

Een gecontracteerde apotheker en gecontracteerde apotheekhoudende huisarts mogen de anticonceptiemiddelen verstrekken. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

U heeft een recept van een huisarts of medisch specialist nodig.

Sterilisatie

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

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van sterilisatie.

Waar moet u op letten?

Een (gecontracteerd) ziekenhuis mag de zorg verlenen. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Specialistische zorg

MammaPrint

Vergoeding			
Start	Extra	Plus	Top
100% per kalenderjaar	100% per kalenderjaar	100% per kalenderjaar	100% per kalenderjaar

Wat is de dekking?

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

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis mag de zorg verlenen.

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

Proctologie

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

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van proctologie.

Waar moet u op letten?

Een medisch specialist die werkt als proctoloog mag de behandeling verrichten.

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist. Bij het indienen van de nota moet u een kopie van het voorschrift meesturen.

Aanvullende verzekeringen

Preventie

Stoppen met roken

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

Wat is de dekking?

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

Waar moet u op letten?

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

Sportmedisch advies

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

Wat is de dekking?

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

Waar moet u op letten?

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

Gezondheidsonderzoek met leefstijladvies

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

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van één gezondheidsonderzoek per drie kalenderjaren. Het onderzoek omvat:

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

Zorgaanbieder

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

Gezondheids cursussen

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

Wat is de dekking?

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

Gezondheids cursussen

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

Welke cursussen komen hiervoor in aanmerking? Een aantal voorbeelden:

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

Welke cursussen komen niet in aanmerking? Hieronder vindt u een aantal voorbeelden:

- Vrijtijdsbesteding zoals sporttrainingen, yoga, tai chi en meditatie;
- Boeken die een cursus ondersteunen.

Waar moet u op letten?

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

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

Hulpmiddelen

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

Wat is de dekking?

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

Heupprotectoren

U heeft recht op vergoeding van heupprotectoren. Voorwaarde is dat u een voorschrift heeft van een arts. Bij het indienen van de nota moet u een kopie van het voorschrift meesturen.

Hoorapparaten

U heeft recht op vergoeding van kosten van de wettelijke eigen bijdrage van hoorapparaten. Voorwaarde is dat u het hoorapparaat heeft gekocht bij een door ons gecontracteerde zorgaanbieder.

Plaswekker

U heeft recht op vergoeding van aanschaf of huur van een plaswekker. Voorwaarde is dat u een voorschrift heeft van een arts. Bij het indienen van de nota moet u een kopie van het voorschrift meesturen.

Pruiken

U heeft recht op vergoeding van kosten van een pruik die voor uw rekening blijven na de wettelijke maximale vergoeding vanuit de basisverzekering. Voorwaarde is dat u de pruik heeft gekocht bij een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Redressiehelmen

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

Waar moet u op letten?

Een leverancier van hulpmiddelen mag de hulpmiddelen leveren.

Verblijf

Hospice

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

Wat is de dekking?

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

Waar moet u op letten?

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

Kuuroord

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

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van verblijf en de gevolgde kuren in een kuuroord tot maximaal 21 dagen per kalenderjaar. Als voorwaarde voor vergoeding geldt dat u moet lijden aan een ernstige vorm van reumatoïde artritis, een ernstige vorm van de ziekte van Bechterew of een ernstige vorm van artritis psoriatica.

De vergoeding geldt alleen voor kosten van de overnachtingen en de kuren. De vergoeding geldt niet voor:

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

Waar moet u op letten?

Deze zorgaanbieders mogen het verblijf en de zorg verlenen:

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

U moet een verwijzing hebben van uw reumatoloog of huisarts na diagnosebevestiging door de reumatoloog.

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

Therapeutisch vakantiekamp

Vergoeding

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

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van een therapeutisch vakantiekamp als u jonger bent dan 18 jaar. Het kamp moet speciaal gericht zijn op kinderen met een ziekte, aandoening of handicap. Het kamp moet zijn georganiseerd door:

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

Vervoer en ziekenbezoek

Ziekenvervoer

Vergoeding

Start	Extra	Plus	Top
			maximaal € 200,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van vervoer vanaf uw woonadres naar de plaats waar u zorg krijgt in Nederland. Er moet sprake zijn van zorg die wordt vergoed vanuit de basisverzekering.

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

U heeft recht op vergoeding van één begeleider als de begeleiding medisch noodzakelijk is.

Binnen de maximale vergoeding per kalenderjaar vergoeden wij:

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

Waar moet u op letten?

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

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

Reiskosten bij ziekenbezoek

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

Wat is de dekking?

U heeft recht op de vergoeding van vervoer voor maximaal drie ziekenbezoeken per week door een gezinslid dat op hetzelfde adres als u woont en bij ons is verzekerd. Het recht op vergoeding gaat in met ingang van de 15de dag dat u aaneengesloten voor behandeling bent opgenomen in een ziekenhuis in Nederland. Er moet sprake zijn van zorg die (gedeeltelijk) wordt vergoed vanuit de basisverzekering. De afstand tussen uw woonadres en het ziekenhuis moet minimaal 40 km zijn. Het aantal kilometers berekenen wij aan de hand van de snelste route volgens de routeplanner van de ANWB (<http://route.anwb.nl/routeplanner/>).

Logeerhuis

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

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van verblijf in een logeerhuis van een bezoekend gezinslid. Het gezinslid moet op hetzelfde adres als u wonen en bij ons verzekerd zijn. Er moet sprake zijn van verblijf in een logeerhuis, omdat u bent opgenomen in een ziekenhuis.

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

Een voorbeeld van een logeerhuis is een Ronald McDonald Huis.

Waar moet u op letten?

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

Kinderopvang bij ziekenhuisopname

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

Wat is de dekking?

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

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

Waar moet u op letten?

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

Uiterlijke verzorging

Voetverzorging

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

Wat is de dekking?

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

Podotherapie, podologie

U heeft recht op vergoeding van podotherapie en podologie.

Steunzolen

U heeft recht op vergoeding van steunzolen.

Pedicurebehandeling

U heeft recht op pedicurebehandeling als er sprake is van een medische noodzaak of als u als gevolg van een lichamelijke beperking niet in staat bent om uw eigen voeten te verzorgen.

Waar moet u op letten?

- Een podotherapeut mag de podotherapie verlenen.
- Een podoloog mag podologie verlenen.
- Een pedicure mag de pedicurebehandeling verlenen.

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

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

Gezichtsverzorging

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

Wat is de dekking?

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

Acnebehandeling

U heeft recht op vergoeding van acnebehandeling bij ernstige vormen van acne in uw gezicht of hals.

Litteken- en huidvlekkenbehandeling

U heeft recht op vergoeding van litteken- en huidvlekkenbehandeling bij sterk ontsierende littekens of huidvlekken van uw gezicht of hals.

Ontharing

U heeft recht op vergoeding van ontharing als u last heeft van een ernstige vorm van overbeharing van uw gezicht of hals.

Waar moet u op letten?

Een huidtherapeut mag alle zorg verlenen.

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





Dekking per zorgvorm

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

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist.

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

Ooglasering

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





Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van ooglaserbehandeling.

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis en een oogkliniek mogen de behandeling geven.

Lensimplantaties

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





Wat is de dekking?

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

Waar moet u op letten?

Een ziekenhuis en een oogkliniek mogen de behandeling geven.

Ooglidcorrectie

Vergoeding			
Start	Extra	Plus	Top
			
			gecontracteerde zorg: 100%; ongcontracteerde zorg: € 500,- voor de totale behandeling van beide ogen samen per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van correctie van verslakte of verlamde bovenoogleden. Daarvoor geldt als voorwaarde dat u een aanzienlijke beperking van uw gezichtsvermogen door de verlamde of verslakte oogleden heeft.

Waar moet u op letten?

Een (gecontracteerd) ziekenhuis en een (gecontracteerde) oogkliniek mogen de zorg verlenen. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist.

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

Spataderbehandeling

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

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van behandeling van spataderen (flebologie).

Waar moet u op letten?

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

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist. Bij het indienen van de nota moet u een kopie van de verwijzing meesturen.

Oorstandcorrectie

Vergoeding			
Start	Extra	Plus	Top
			gecontracteerde zorg: 100%; ongecontracteerde zorg: € 1.250,- voor de totale behandeling van beide oren samen per kalenderjaar

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van een correctie van de oorstand als u jonger bent dan 18 jaar.

Waar moet u op letten?

Een (gecontracteerd) ziekenhuis mag de zorg verlenen.

Buitenland

Alarmcentrale

Vergoeding			
Start	Extra	Plus	Top
100%	100%	100%	100%

Wat is de dekking?

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

Waar moet u op letten?

U moet binnen 24 uur of zo snel mogelijk nadat de behoefte aan de zorg is ontstaan, contact opnemen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer van onze alarmcentrale is +31 (0)570 68 73 33; Het e-mailadres van onze alarmcentrale is alarmcentrale@salland.nl.

Vaccinaties

Vergoeding			
Start	Extra	Plus	Top
			€ 250,- per kalenderjaar

Wat is de dekking?

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

Waar moet u op letten?

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

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

Spoeisende zorg in het buitenland, medisch noodzakelijke terugreis en vervoer overledene

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

Wat is de dekking?

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

Spoeisende zorg

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

Medisch noodzakelijke terugreis

U heeft recht op vergoeding van medisch noodzakelijk vervoer naar Nederland. Er is sprake van een medische noodzaak als naar ons oordeel de zorg ter plaatse niet goed mogelijk of medisch onverantwoord is of veel duurder is dan in Nederland. U bent verplicht om mee te werken aan het vervoer als wij dat noodzakelijk vinden en uw toestand dat toelaat.

Vervoer stoffelijk overschot

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

Waar moet u op letten?

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

Overige zorg

Vergoeding

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

Wat is de dekking?

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

Nachtelijke thuiszorg voor stervenden

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

Medische rijbewijskeuring

U heeft recht op vergoeding van een medische keuring voor de vernieuwing van uw rijbewijs. Een arts mag de keuring verrichten.

Therapeutisch zwemmen

U heeft recht op vergoeding van zwemmen in extra verwarmd water als dat therapeutisch noodzakelijk is. U moet gebruik maken van een speciaal voor dat doel extra verwarmd zwembad.

Sociale alarmering

U heeft recht op vergoeding van een alarmeringsstelsel voor sociale alarmering. Een leverancier van hulpmiddelen mag de zorg verlenen.

Zorg voor vrouwen

U heeft recht op de vergoeding van een adviesgesprek met een consulent van Care for Women. Bijvoorbeeld als u:

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

Een consulent van Care for Women mag de zorg leveren. De consulenten zijn te vinden op www.careforwomen.nl. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Tandartsverzekeringen TandExtra, TandPlus, TandTop

Specifieke bepalingen voor de tandartsverzekering

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

Tandartsverzekering sluiten

Geldt er een medische selectie?

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

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

Dekking en vergoeding

Vergoeding

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

Wat is de dekking?

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

Achter het soort behandeling staan codes vermeld, de zogeheten prestatiecodes. Deze zijn opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. U kunt ze bekijken en het overzicht downloaden via www.nza.nl. U heeft alleen recht op vergoeding van de zorg met die prestatiecodes. De kosten van het niet-nakomen van een afspraak vergoeden wij niet.

Algemene tandheelkundige zorg

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

Type behandeling	prestatiecode
Consultatie en diagnostiek	alle C-codes
Maken en beoordelen foto's	alle X-codes
Preventieve mondzorg	alle M-codes
Verdoving	alle A-codes
Verdoving door middel van roesje	alle B-codes
Vullingen	alle V-codes
Wortelkanaalbehandelingen	alle E-codes
Kronen en bruggen	alle R-codes
Kaakgewrichtsbehandelingen	alle G-codes
Chirurgie	alle H-codes
Kunstgebitten	alle P-codes
Tandvleesbehandelingen	alle T-codes
Implantaten	alle J-codes

Orthodontie als u jonger bent dan 18 jaar

U heeft recht op vergoeding van orthodontie als u jonger dan 18 jaar bent. Het gaat om de volgende codes.

Type behandeling	Prestatiecode
Beugels (orthodontie)	alle F-codes

Techniekkosten

U heeft recht op vergoeding van techniekkosten bij de hiervoor genoemde codes.

Wettelijke eigen bijdrage voor kunstgebitten

U heeft recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor uitneembare volledige gebitsprotheses.

Spoedeisende mondzorg in het buitenland

U heeft recht op vergoeding van mondzorg in het buitenland. De dekking voor mondzorg in het buitenland is beperkt tot behandelingen die overeenkomen met de 'Lijst Spoedeisende mondzorg'. Deze kunt u bekijken via www.salland.nl/mondzorg. Op verzoek zenden wij deze toe.

Waar moet u op letten?

Een tandarts mag alle zorg verlenen. Een orthodontist mag alleen orthodontie verlenen. Een tandprotheticus mag alleen tandtechnische verrichtingen verlenen. Een mondhygiënist mag alleen periodieke controle, preventie voorlichting en/of instructie, preventieve mondzorg, eenvoudige parodontale hulp en plaatsing van eenvoudige vullingen verlenen.

Wat betekenen alle begrippen?

In deze verzekeringsvoorwaarden verstaan wij onder:

Aanvullende verzekering

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

Ambulance

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

AWBZ

Algemene wet bijzondere ziektekosten.

Apotheekhoudende huisarts

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

Apotheker

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

Arts

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

Arts verstandelijk gehandicapten

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

Audiologisch centrum

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

Basisverzekering

De Salland Basisverzekering, die een zorgverzekering is.

Beademingscentrum

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

Bedrijfsarts

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

Bekkenfysiotherapie

Zorg die bekkenfysiotherapeuten plegen te bieden.

Bekkenfysiotherapeut

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

Bureau Jeugdzorg

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

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsadviesing

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

Collectiviteit

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

CVZ

College voor zorgverzekeringen.

DBC(-zorgproduct)

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

Diagnostiek

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

Dialysecentrum

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

Dieetpreparaten

Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Diëtist

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

Echoscopisch centrum

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

EER-land

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

Ergotherapeut

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

EU-land

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

Flebologie

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

Fraude

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

Fysiotherapeut

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

Gecontracteerde zorgaanbieder

Een zorgaanbieder waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten. In die overeenkomst staan afspraken, bijvoorbeeld over rechtstreekse declaratie van de verleende zorg en de kwaliteit van de zorg. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.salland.nl. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

Geregistreerd geneesmiddel

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

Geriatriefysiotherapeut

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

Geriatrische fysiotherapie

Zorg die geriatriefysiotherapeuten die plegen te bieden.

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ

Geestelijke gezondheidszorg.

Huidtherapeut

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

Huisarts

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

Huisartsendienstenstructuur

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

Huisartsencentrum

Een instelling voor het verlenen van huisartsenzorg.

Instelling

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

Ivf-poging (in-vitrofertilisatiepoging)

Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, die inhoudt:

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

Jeugdgezondheidszorgarts

Een arts die:

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

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

De periode van 1 januari tot en met 31 december.

Kerninstallatie

Een kerninstallatie in de zin van de Wet aansprakelijkheid kernongevallen.

Ketenzorg

Zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Ketenzorg bestaat uit een voor een bepaalde aandoening opgesteld zorgprogramma waarbij verschillende zorgaanbieders zijn betrokken. Voor dat hele zorgprogramma geldt één tarief. Doel is dat zorgaanbieders nauw samenwerken en de zorg voor de patiënt goed afstemmen.

Kinder- en jeugdpsycholoog NIP

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

Kinderfysiotherapeut

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

Kinderfysiotherapie

Zorg aan minderjarigen die kinderfysiotherapeuten plegen te bieden.

Kinderoefentherapeut

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

Klinisch psycholoog

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

KNGF

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

KNMG

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Kraamcentrum

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

Kraamverzorgende

Een geschoolde hulp die na een bevalling kraamzorg levert voor de kraamvrouw en haar gezin. Een kraamverzorgende zorgt voor het welzijn van moeder en kind en rapporteert als dit nodig is aan de verloskundige of arts.

Leverancier van hulpmiddelen

Een organisatie die (medische) hulpmiddelen levert en is opgenomen in het Algemeen GegevensBeheer Zorgaanbieders register (AGB-zorgaanbiedersregister). In dit register worden gegevens van zorgaanbieders in Nederland vastgelegd. Deze gegevens zijn voorzien van een unieke codering, de AGB-code. Hiermee wordt een uniforme registratie van gegevens van zorgaanbieders geboden aan de zorgverzekeraars.

Littekenbehandeling

Fysiotherapie gericht op het voorkomen of verminderen van pijnklachten en bewegingsklachten door littekens.

Logopedist

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

Manueel therapeut

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

Manuele therapie

Manuele therapie omvat zorg die manuele therapeuten plegen te bieden.

Medisch adviseur

Een medewerker van ons die geregistreerd staat in de registers en conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Wat betekenen alle begrippen?

Medisch specialist

Een arts die is ingeschreven in het register van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de KNMG.

Mondhygiënist

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

Nota

Een schriftelijk bewijs van door een zorgaanbieder gemaakte kosten voor zorg met minimaal de volgende informatie: naam, adres, woonplaats en beroep van de zorgaanbieder, datum van de nota, datum waarop de zorg heeft plaatsgevonden en beschrijving van die zorg, naam, burgerservicenummer (BSN), of, bij het ontbreken daarvan, het sofinummer en de geboortedatum van de verzekerde.

NVO-orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog die als NVO Orthopedagoog-Generalist is ingeschreven in het verenigingsregister van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Oedeemtherapeut

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

Oedeemtherapie en lymfedrainage

Zorg zoals oedeemtherapeuten die plegen te bieden.

Oefentherapeut

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

Oefentherapie

Zorg die oefentherapeuten die plegen te bieden.

Ongecontracteerde zorgaanbieder

Een zorgaanbieder waarmee wij geen afspraken hebben gemaakt.

Oogkliniek

Een zelfstandig behandelcentrum dat is gespecialiseerd in de behandeling van ogen.

Openbaar vervoer

Voor een ieder openstaand personenvervoer volgens een dienstregeling met een auto, bus, trein, metro, tram of een via een geleidesysteem voortbewogen voertuig als bedoeld in de Wet personenvervoer 2000 en voor een ieder openstaand personenvervoer volgens een vaste bootdienst.

Orthodontie

Zorg van orthodontische aard zoals tandartsen die plegen te bieden.

Orthodontist

Een tandartsspecialist die is ingeschreven in het register voor dentomaxillaire orthopedie, van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

Orthopedagoog

Een orthopedagoog die als NVO Orthopedagoog-Generalist is ingeschreven in het verenigingsregister van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Pedicure

Een pedicure die is opgenomen in het Kwaliteitsregister Pedicure (KRP) met de specialisatie diabetische voet (DV) of medisch pedicure (MP).

Podologie

Zorg die podologen plegen te bieden.

Podoloog

Een podoloog die is opgenomen in het kwaliteitsregister voor de podologie van stichting LOOP. Het kwaliteitsregister kunt u bekijken via www.loop.nl.

Podotherapie

Zorg die podotherapeuten plegen te bieden.

Podotherapeut

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

Proctologie

Zorg die proctologen plegen te bieden. Deze zorg heeft betrekking op de behandeling van anale aandoeningen.

Psychiater

Een arts die is ingeschreven in het register voor psychiaters, van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de KNMG.

Psychiatrisch ziekenhuis

Een als psychiatrisch ziekenhuis toegelaten instelling.

Psychosomatische fysiotherapie en oefentherapie

Zorg die psychosomatische fysiotherapeuten respectievelijk psychosomatische oefentherapeuten die plegen te bieden.

Psychosomatisch fysiotherapeut

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

Psychosomatisch oefentherapeut

Een oefentherapeut die als psychosomatisch oefentherapeut is ingeschreven in het Register psychosomatische oefentherapie van de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

Psychotherapeut

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

Rationele farmacotherapie

Behandeling met een geneesmiddel in een voor u geschikte vorm. Daarbij moet de werkzaamheid en effectiviteit van het geneesmiddel blijken uit wetenschappelijke literatuur. Ook moet de behandeling met dat geneesmiddel het meest economisch zijn.

Revalidatiecentrum

Een instelling die revalidatiezorg levert en, voor zover vereist, als instelling voor revalidatie bij of krachtens de wet is toegelaten. In het centrum werkt een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist.

Salland (verzekeringen)

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

SKGZ

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen.

Specialist ouderengeneeskunde

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

Sportarts

Een arts die als arts Maatschappij en Gezondheid is ingeschreven in het register van de Artsen Maatschappij en Gezondheid, van de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie van de KNMG, met de vermelding sportgeneeskunde.

Tandarts

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

Tandprotheticus

Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.

Tijdelijk verblijf in het buitenland

Een verblijf in het buitenland van maximaal zes aaneengesloten maanden.

Trombosedienst

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

U

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

VAGZ

Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars.

Verblijf

Een opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Een land, dat geen EU-, of EER-land is en waarmee Nederland afspraken heeft gemaakt over het verlenen van medische zorg en het vergoeden van de kosten daarvan: Australië (alleen voor verblijf korter dan één jaar), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië, Turkije en Zwitserland.

Verloskundige

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

Verpleegdag

Een verpleegdag als omschreven in de door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde beleidsregel voor de prestaties en tarieven medisch specialistische zorg.

Verpleeghuis

Een instelling voor behandeling en verblijf in het kader van de AWBZ in verband met somatische of psychogeriatrische aandoeningen.

Verpleegkundige

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

Verplicht eigen risico

Het bedrag aan kosten van zorg dat voor rekening van u blijft.

Verwijzing

Het schriftelijke advies met toelichting aan u van een zorgaanbieder die aan u zorg verleent, over de zorgaanbieder die u verdere zorg kan verlenen en die u om medische redenen nodig heeft. De zorgaanbieder die de verwijzing geeft, is de verwijzer. Een verwijzer mag niet naar zichzelf verwijzen.

Verzekering

Een basisverzekering, aanvullende verzekering, tandartsverzekering.

Verzekeringnemer

De persoon die met ons een verzekering heeft gesloten. Als deze persoon de verzekering voor zichzelf sluit, is deze ook verzekerde.

Verzekerde

De persoon van wie het risico voor behoefte aan zorg door een verzekering wordt gedekt en die als verzekerde is vermeld in de polis.

Verzekeringsvoorwaarden

De rechten en plichten die voor u (verzekerde/verzekeringnemer) en ons gelden en die de verzekering vormen.

Voorschrift

De schriftelijke aanwijzing met toelichting van een zorgaanbieder die aan u zorg verleent, voor aan u te verlenen zorg die u om medische redenen nodig heeft. Bijvoorbeeld een bepaald geneesmiddel of hulpmiddel. De zorgaanbieder die het voorschrift afgeeft, is de voorschrijver.

Vrijwillig eigen risico

Een door u (verzekeringnemer) met Salland als onderdeel van de basisverzekering overeengekomen bedrag aan kosten van zorg dat voor eigen rekening van de verzekerde komt.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Wettelijke eigen bijdrage

Het deel van de kosten van de zorg die onder de dekking van de basisverzekering vallen, dat voor uw rekening blijft. De minister heeft bepaald welke kosten dat zijn. De wettelijke eigen bijdrage bestaat naast het verplicht en eventueel gekozen vrijwillig eigen risico.

Wij

Waar in deze verzekeringsvoorwaarden 'wij' of 'ons' staat, is 'Eno Zorgverzekeraar N.V.' bedoeld. In geval van een verwijzing naar aanvullende verzekeringen is 'Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.' bedoeld.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch specialistische zorg.

Zelfzorggeneesmiddelen

- Geneesmiddelen die zonder recept mogen worden geleverd (de AV-geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet); en
- Geneesmiddelen die zonder recept, maar wel alleen in een apotheek of ergens anders onder toezicht van een drogist mogen worden geleverd en die niet zonder recept alleen in een apotheek mogen worden geleverd (de UAD-geneesmiddelen als bedoeld in de Geneesmiddelenwet).

Zenuwarts

Een arts die als zenuwarts is ingeschreven in het register van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de KNMG.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch specialistische zorg, voor onderzoek, behandeling en verpleging van zieken.

Zorg

De zorg en overige diensten als bedoeld in de Zorgverzekeringswet als het gaat om de basisverzekering. De zorg en diensten in de artikelen met de dekking en vergoeding in het hoofdstuk met specifieke bepalingen voor de aanvullende verzekeringen als het gaat om de aanvullende verzekeringen. De zorg en overige diensten in het artikel dekking en vergoeding in het hoofdstuk over de tandartsverzekeringen als het gaat om de tandartsverzekeringen.

Zorgaanbieder

Een (natuurlijke) persoon of rechtspersoon die zorg kan verlenen.

Zorggroep

Een zorgaanbieder die als hoofdcontractant ketenzorg verleent. De zorgaanbieder kan de zorg zelf verlenen, maar kan ook gebruik maken van andere zorgaanbieders die in opdracht van de hoofdcontractant in samenhang en samenwerking ketenzorg leveren. De declaratie van de zorg gebeurt in beginsel via de hoofdcontractant.

Zorgverzekering

Een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet.

	Paginanummer
A	
Aansprakelijkheid derden	13
Aansprakelijkheidsbeperking	13
Acceptatievoorwaarden	18
Acnebehandeling	63
Acupunctuur	54
Alarmcentrale	65
Alarmeringssysteem	57
Alternatieve geneesmiddelen/geneeswijzen	53
Ambulancevervoer	40
Anticonceptiemiddelen	56
Antroposofie	54
Audiologische zorg	30
B	
Bedenktijd	10
Beëindiging van de verzekering	10
Begeleiding bij levensbedreigende ziekte	57
Begin en duur van de verzekering	10
Begripsomschrijvingen	70
Beperking van de verzekeringsdekking	14
Betalingsachterstand	14
Bevalling in ziekenhuis zonder medische indicatie	55
Beweegprogramma	52
Borstvoeding	55
Brillen en lenzen	51
C	
Camouflagetherapie en -middelen	63
Chiropractie	54
CVZ	11
D	
Dermatografie	54
Detentie	11
Dialysezorg	28
Dieetadvisering	34
Dyslexiezorg	31
E	
Eerstelijnspsychologische zorg	42, 53
Eigen risico	19, 20
Erfelijkheidsadvisering	29
Ergotherapie	34
F	
Fraude	13
Fysiotherapie en oefentherapie	32, 51
Fysiotherapie en oefentherapie in het buitenland	51
G	
Geneesmiddelenzorg	37, 54
Geregistreerde geneesmiddelen	54
Geriatrische revalidatiezorg	27
Gestalttherapie	54
Gezondheids cursussen	58
Gezondheidsonderzoek met leefstijladvies	58
Grondslag van de basisverzekering	18
H	
Haptotherapie	54
Heupprotectoren	59
Hoogte van de vergoeding	21
Hoorapparaten	30, 59
Hospice	60
Homeopathie (klassiek)	54
Huidverzorging	63
Huisartsenzorg	24
Hulpmiddelenzorg	43, 59

	Paginanummer
I	
Implantologie vanaf 18 jaar	68
Indienen van een nota	9
Informatieplichten	12
K	
Ketenzorg	35
Kinderopvang	62
Klachten	14
Kraampakket	55
Kraamzorg	31, 55
Kunstgebit	35, 69
L	
Lensimplantaties	64
Lidmaatschap Coöperatie Eno u.a.	14
Littekenbehandeling	63
Logopedie	33
M	
Maagzuurremmers	54
Mammaprint	57
Manuele geneeskunde	54
Manuele therapie Methode van der Bijl	51
Mechanische beademing	28
Medisch noodzakelijke repatiëring en vervoer stoffelijk overschot	66
Medische rijbewijskeuring	67
Medisch specialistische zorg	24, 57
N	
(Nachtelijke terminale) thuiszorg	67
Natuurgeneeswijzen	54
Neurofeedback	54
O	
Omzetting in een andere aanvullende verzekering	48
Onderzoek naar kanker bij kinderen	29
Ontharing	63
Ooglaserbehandeling en lensimplantaties	64
Ooglidcorrectie	64
Oorstandcorrectie	65
Opschorting of beëindiging door ons	10
Orthodontie	37, 68
Osteopathie	54
P	
Pedicurebehandeling	63
Plaswekker	59
Podologie en podotherapie	63
Premie	12
Privacy	13
Pruiken	59
Psychologische zorg (eerstelijns)	42, 53
R	
Redressiehelmen	59
Repatriëring (medisch noodzakelijk)	66
Revalidatiezorg	26
S	
Second opinion	26
Spataderen	56
Specialistische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	43
Spoedeisende zorg in het buitenland	66
Sportmedisch advies	58
Sterilisatie	57
Steunzolen	63
Stoppen met roken	44

T

Tandheelkundige zorg	35, 68
Techniekkosten	69
TENS-apparaat	56
Therapeutisch kinderkamp	61
Therapeutisch zwemmen	67
Toerekening zorgkosten	9
Toestemming	14
Transplantatiezorg	26
Trombosezorg	29

U

Uitbetaling en verrekening	9
----------------------------	---

V

Vaccinaties en geneesmiddelen voor een reis naar het buitenland	66
Verblijf	38
Verblijf in hospice	60
Verblijf in een kuuroord	60
Verblijf in een logeerhuis	62
Verloskundige zorg	30
Verpleging zonder verblijf	39
Verzekerd via het CVZ	11
Verzekerde prestaties	21
Verzekeringsdekking	21
Voorwaardelijk toegelaten zorg	45

W

Wachttijd	49
Weigering	18
Wijziging van de verzekeringsvoorwaarden	14

Z

Ziekenbezoek	62
Ziekenvervoer	40, 61
Zorg voor vrouwen	67
Zwangerschaps cursussen en moederbegeleiding	56