

Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen 2015 (model 95050)

Vragen en opvragen informatie

Hebt u vragen of wilt u documenten aanvragen? Neem dan gerust contact met ons op.

Telefonisch

ZorgActief Lijn
013 462 20 25

Website

interpolis.nl/zorgactief

Schriftelijk

Interpolis ZorgActief
Postbus 13
5000 AA Tilburg

Interpolis en Achmea

ZorgActief is een product van Interpolis. Interpolis maakt onderdeel uit van Achmea. In deze voorwaarden treft u ook deze naam aan.

Dit zijn de voorwaarden van uw basisverzekering en de aanvullende verzekeringen

De basisverzekering heet bij ons de Interpolis Basisverzekering. Dit is een combinatiepolis. Dit betekent dat u in sommige gevallen recht heeft op zorg in natura en dat u in andere gevallen recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg (restitutievergoeding). Deze basisverzekering kunt u aanvullen met 1 of meerdere aanvullende verzekeringen.

De overheid bepaalt de inhoud van de basisverzekering

De overheid stelt de voorwaarden van de basisverzekering vast. Deze worden vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en de daarbij behorende regelgeving. Elke zorgverzekeraar moet zich hier strikt aan houden.

De voorwaarden en aanspraken (vergoedingen) Interpolis ZorgActief

De voorwaarden en aanspraken zijn gedetailleerd omschreven. Uw polis en de daarbij behorende voorwaarden en aanspraken Interpolis ZorgActief dienen uiteindelijk als grondslag voor uw basisverzekering.

Welke informatie vindt u in de voorwaarden?

In deze voorwaarden leest u welke zorg u wel en niet vergoed krijgt uit de Interpolis Basisverzekering en aanvullende verzekering(en). De voorwaarden zijn als volgt ingedeeld:

- Leeswijzer voorwaarden en aanspraken
- Algemene voorwaarden Interpolis Basisverzekering
- Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering
- Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen
- Vergoedingen aanvullende verzekeringen
- GebitActief aanvullingen
- Aanvullende voorwaarden StudentenZorgverzekering, CollectiefMeer en MeerHockey
- Alfabetisch overzicht vergoedingen

Door op één van bovenstaande onderwerpen te klikken gaat u direct naar de desbetreffende pagina.

Hoe vindt u de vergoeding die u zoekt?

Uw zorg kan vergoed worden uit de Interpolis Basisverzekering en/of uw aanvullende verzekering(en). De aanspraken en vergoedingen van de Interpolis Basisverzekering vindt u op pagina 26 t/m 58. De vergoedingen van de aanvullende verzekeringen vindt u op pagina 59 t/m 92.

Als u snel wilt zoeken in de voorwaarden (digitaal) klik dan in de inhoudsopgave op het betreffende artikel. Om terug te gaan naar de inhoudsopgave, klik dan onderaan de pagina op 'terug naar index'.

Let op: het kan zijn dat uw zorg uit zowel de Interpolis Basisverzekering als uw aanvullende verzekering vergoed wordt. U moet dan op meerdere plaatsen in deze voorwaarden zoeken om de totale vergoeding te vinden. Een voorbeeld:

U heeft fysiotherapie nodig en wilt weten of u dit vergoed krijgt. Doorloop dan de volgende stappen om hierachter te komen:

1 U zoekt 'Fysiotherapie' op onder de 'F' in de 1ste kolom van het alfabetisch overzicht.

2 In de 2de en 3de kolom 'Basisverzekering ZorgActief Polis' vindt u het artikel- en paginanummer van de vergoeding voor 'Fysiotherapie en oefentherapie, 18 jaar en ouder' vanuit de basisverzekering. In artikel 3.1 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering' leest u vervolgens waar u recht op heeft. Ook leest u in artikel 3.1 aan welke voorwaarden u moet voldoen en welke uitsluitingen er zijn.

3 In de 4de en 5de kolom vindt u het artikel- en paginanummer van de vergoeding voor 'Fysiotherapie en oefentherapie, 18 jaar en ouder' vanuit de aanvullende verzekering.

Let op! De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering komt boven op de vergoeding vanuit de basisverzekering. In artikel 6.1 van de vergoedingen aanvullende verzekeringen leest u vervolgens waar u, afhankelijk van het type aanvullende verzekering dat u heeft afgesloten, recht op heeft.

Toestemming nodig?

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

Voordelen van gecontracteerde zorg

Wij hebben met een groot aantal zorgverleners en zorginstellingen contracten afgesloten. De gecontracteerde zorgverlener stuurt de rekening direct naar ons. U merkt hier dus niets van. De rekening wordt volledig vergoed als u daar volgens de polisvoorwaarden recht op heeft. Uitzondering in deze is het verplicht eigen risico en, wanneer van toepassing, het vrijwillig gekozen eigen risico en de (wettelijke) eigen bijdragen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wilt u zorg van een zorgverlener of zorginstelling met wie of waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u, als u voldoet aan de polisvoorwaarden, recht op een vergoeding van maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. Met uitzondering van paramedische zorg, vervoer en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Hiervoor geldt een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners en zorginstellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Algemene voorwaarden Interpolis Basisverzekering

Inhoud

- 1 Waarop is de basisverzekering gebaseerd?
- 2 Wat verzekert de basisverzekering (aanspraken en vergoedingen) en voor wie is deze bedoeld?
- 3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?
- 4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener of zorginstelling kunt u gaan?
- 5 Wat zijn uw verplichtingen?
- 6 Wat is uw verplicht eigen risico?
- 7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?
- 8 Wat betaalt u?
- 9 Wat gebeurt er als u de premie niet op tijd betaalt?
- 10 Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?
- 11 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?
- 12 Wanneer gaat uw basisverzekering in?
- 13 Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?
- 14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?
- 15 Wanneer heeft u aanspraak op en/of recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?
- 16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling
- 17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?
- 18 Heeft u een klacht?
- 19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?
- 20 Wat zijn de gevolgen van fraude?
- 21 Begripsbepalingen

Artikel 1 Waarop is de basisverzekering gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

Uw aanspraak op zorg en/of recht op vergoeding van kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven, wordt daarnaast naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed, (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

Artikel 2 Wat verzekert de basisverzekering (aanspraken en vergoedingen) en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- a verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

Onder Aanspraken en vergoedingen Basisverzekering' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich voor de basisverzekering aan bij ons, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het invoeren van zorg. Daarna bestaat aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg volgens deze wet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Welke aanspraak op zorg en/of welk recht op vergoeding van kosten van zorg u heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

Artikel 3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- a** een gewapend conflict;
- b** een burgeroorlog;
- c** een opstand;
- d** binnenlandse onlusten;
- e** oproer en mouterij.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, griep prik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van:

- a** keuringen;
- b** griep prikken;
- c** behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- d** behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- e** behandelingen met sterilisatie als doel;
- f** behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- g** behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie);
- h** het afgeven van doktersverklaringen.

In sommige gevallen heeft u wel aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van deze zorg.

Let op! In de polisvoorwaarden moet dan expliciet staan dat wij deze wel vergoeden.

3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt

U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg, als u:

- zorgafspraken niet nakomt;
- hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt.

Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

3.4 Laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

U heeft aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van laboratorium- en of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige, optometrist of medisch specialist.

U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een zorgverlener die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.

3.5 Kosten van behandeling die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet uzelf behandelen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u behandelt? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen.

3.6 Aanspraken of vergoedingen die voortvloeien uit terrorisme

3.6.1 Is de behoefte aan zorg het gevolg van één of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat u recht heeft op vergoeding van een deel van de kosten van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van één of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op zorg of de vergoeding van de kosten tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).

3.6.2 De exacte definities en bepalingen bij de hiervoor genoemde aanspraak staan in het clauseblad terrorismedekking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op terrorismeverzekerder.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website.

3.6.3 Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

3.7 U heeft geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. Als u en wij hierover van mening verschillen, behouden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (CIZ, gemeente, mantelzorger, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening aanspraak op zorg en/of recht bestaat. Als uit het overleg volgt dat het recht op zorg aangewezen is op grond van een andere wet of voorziening dan de zorgverzekeringswet, dan is er geen aanspraak op deze zorg ten laste van uw basisverzekering.

Artikel 4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener of zorginstelling kunt u gaan?

4.1 Met deze basisverzekering heeft u aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg. Wij vergoeden het deel van deze kosten dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener of zorginstelling die u kiest. U kunt kiezen uit:

- zorgverleners of zorginstellingen die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen);
- zorgverleners of zorginstellingen met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener of zorginstelling in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener of zorginstelling declareert de kosten rechtstreeks bij ons. Wilt u weten met welke zorgverleners en zorginstellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker.

Omzetplafonds

1. Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners. Dit houdt in dat zorgverleners in een bepaald kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
2. Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u samen met de zorgverlener verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U moet met een dergelijk verzoek van ons instemmen.
3. Op onze website kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
4. Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgzoeker te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat de gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2015, niet dezelfde hoeven te zijn als de gecontracteerde zorgverleners per (bijvoorbeeld) 1 december 2015. Houdt u hier rekening mee.

Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen

Wilt u zorg van een zorgverlener of zorginstelling met wie of waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener of zorginstelling die wij wél gecontracteerd hebben. Als dat het geval is, vindt u dat in de polisvoorwaarden onder 'Aanspraken en vergoedingen Basisverzekering' bij de gewenste aanspraak of vergoeding. Wij vergoeden maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief tenzij er een andere lagere vergoeding bij de aanspraak of vergoeding staat vermeld. U heeft echter wel recht op de vergoeding zoals bij gecontracteerde zorg, als wij onvoldoende zorg hebben ingekocht en de gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling de zorg niet op tijd kan leveren.

Wilt u weten hoeveel u vergoed krijgt van kosten van zorg die u heeft gemaakt bij niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen? Een lijst met de hoogte van de vergoedingen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Geldt er geen lagere vergoeding? Dan heeft u volledige aanspraak op zorg en/of vergoeden wij de kosten van zorg. Dit doen wij tot maximaal het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum)tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan krijgt u 100% van de kosten vergoed tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, óf
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden.

Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

Artikel 5 Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg.

5.2 Algemene verplichtingen

Wilt u aanspraak maken op zorg en/of zorg vergoed krijgen? Dan moet u aan de volgende verplichtingen voldoen:

- a** Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
 - rijbewijs;
 - paspoort;
 - Nederlandse identiteitskaart;
 - vreemdelingendocument.
- b** Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- c** U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.
- d** U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- e** U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- f** U bent verplicht een recente verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring mag niet ouder zijn dan 1 jaar.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

- a.** Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.
- b** Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener of zorginstelling? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's te bewaren tot 1 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's bij u opvragen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. U kan uw vordering op ons niet aan derden overdragen.

5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld. **Let op!** Om te bepalen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg, is de behandelcode bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op vergoeding. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op.

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de aanspraak recht op had. Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

5.6 Verplichting: geef wijzigingen in uw situatie binnen 1 maand aan ons door

Verandert er iets in uw persoonlijke situatie? Of in die van een van de andere verzekerden? Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 1 maand aan ons doorgeven. Het gaat hierbij om alle gebeurtenissen die van betekenis kunnen zijn voor een juiste uitvoering van de basisverzekering. Denk aan eindigende verzekeringsplicht, verhuizing, wijziging van uw rekeningnummer (IBAN), echtscheiding, overlijden of langdurig verblijf in het buitenland. Als wij aan u (verzekeringnemer) een bericht sturen aan uw laatst bekende adres, dan mogen wij ervan uit gaan dat dit bericht u (verzekeringnemer) heeft bereikt.

Artikel 6 Wat is uw verplicht eigen risico?

6.1 Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit eigenrisicobedrag is. In 2015 is het verplicht eigen risico € 375,- per verzekerde per kalenderjaar.

6.2 Eerste € 375,- van uw zorgkosten betaalt u zelf

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 375,-.

Let op! Chronische fysiotherapie (artikel 3 van de Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering¹) wordt altijd verrekend met het eigen risico. Als de behandeling doorloopt in het volgende jaar, dan begint het eigen risico weer opnieuw te tellen.

6.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

- a** de kosten van zorg of overige diensten die in 2015 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2016 ontvangen;
- b** de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
- c** de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- d** de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:
 - 1** het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
 - 2** vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
- e** de kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
- f** de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- g** de kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebeposting multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
- h** de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen plegen te bieden volgens artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal).

6.4 Verplicht eigen risico is vrijgesteld

De directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheekhoudende is vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

6.5 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het verplicht eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de aanspraak op zorg en/of de vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Of als u recht heeft op een lagere vergoeding vanwege niet-gecontracteerde zorg. Deze bedragen staan los van het verplicht eigen risico en tellen dus niet mee voor het volmaken van de € 375,- aan verplicht eigen risico die wij inhouden.

6.6 Verplicht eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

Wordt u 18 jaar in de loop van het kalenderjaar? Dan gaat uw verplicht eigen risico in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Hoe hoog uw verplicht eigen risico dan is, hangt af van over hoeveel maanden wij verplicht eigen risico mogen inhouden. Wordt u bijvoorbeeld 18 jaar op 26 juni? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico over 6 maanden (vanaf 1 juli).

6.7 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van hoeveel maanden u in dat kalenderjaar verzekerd bent. Start uw verzekering bijvoorbeeld op 1 oktober? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico over 3 maanden.

6.8 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico voor het deel van het kalenderjaar dat u wel verzekerd was. Voorbeeld: uw verzekering eindigt op 30 september. Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico over 9 maanden.

6.9 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het verplicht eigen risico dat wij moeten toepassen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden.

6.10 Verplicht eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u nog een bedrag aan verplicht eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

Als u (verzekeringnemer) het verplicht eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

Artikel 7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?

7.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het overzicht van premiekortingen op onze website. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis.

7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op uw aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg. Dit doen wij nadat wij het volledige verplicht eigen risico hierop in mindering hebben gebracht. Het gaat om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u (verzekeringnemer) kiest naast het verplicht eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Hierdoor is uw totale eigenrisicobedrag (€ 375,- + € 500,-) = € 875,-. Ontvangt uw zorgverlener € 950,- van ons voor zorg die u heeft ontvangen? Dan brengen wij hierop

het totale eigenrisicobedrag in mindering. Deze € 875,- wordt automatisch van de rekening van de verzekeringnemer afgeschreven (zie ook artikel 6.10 van deze algemene voorwaarden).

7.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen vrijwillig gekozen eigen risico

Wij houden geen vrijwillig gekozen eigen risico in op:

- a** de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
- b** de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- c** de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan we:
 - 1** het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
 - 2** vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met een huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
- d** nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
- e** de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- f** ketenzorg die gedeclareerd wordt volgens de Beleidsregel prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
- g** de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal).

7.4 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het vrijwillig gekozen eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de aanspraak op zorg en/of de vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Of als u recht heeft op een lagere vergoeding vanwege niet-gecontracteerde zorg. Deze bedragen staan los van het vrijwillig gekozen eigen risico en tellen dus niet mee voor het gekozen bedrag aan eigen risico dat wij inhouden.

7.5 Vrijwillig gekozen eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

Wordt u 18 jaar in de loop van het kalenderjaar? Dan gaat uw vrijwillig gekozen eigen risico in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Hoe hoog uw vrijwillig gekozen eigen risico dan is, hangt af van over hoeveel maanden wij vrijwillig gekozen eigen risico mogen inhouden. Wordt u bijvoorbeeld 18 jaar op 26 juni? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico over 6 maanden (vanaf 1 juli).

7.6 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico op basis van hoeveel maanden u in dat kalenderjaar verzekerd bent. Start uw verzekering bijvoorbeeld op 1 oktober? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico over 3 maanden.

7.7 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico voor het deel van het kalenderjaar dat u wel verzekerd was. Eindigt uw verzekering bijvoorbeeld op 30 september? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico over 9 maanden.

7.8 Vrijwillig gekozen eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het vrijwillig gekozen eigen risico dat wij in mindering moeten brengen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden.

7.9 Vrijwillig gekozen eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

Als u (verzekeringnemer) het vrijwillig gekozen eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

7.10 Vrijwillig gekozen eigen risico wijzigen

Wilt u uw vrijwillig gekozen eigen risico aanpassen? Dan kan dat per 1 januari van het volgende kalenderjaar. Geef de wijziging van het vrijwillig gekozen eigen risico dan uiterlijk 31 december aan ons door. Deze wijzigingstermijn vindt u ook in artikel 12.5 van deze algemene voorwaarden.

Artikel 8 Wat betaalt u?

8.1 Wij stellen uw premie vast

8.1.1 Wij stellen vast hoe hoog de premie van uw basisverzekering is. De verschuldigde premie is de premiegrondslag min een eventuele korting vanwege een vrijwillig gekozen eigen risico en/of een eventuele collectiviteitskorting. Beide kortingen berekenen wij op basis van de premiegrondslag.

8.1.2 Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Wordt de verzekerde 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.

8.1.3 Op het moment dat u (verzekeringnemer) niet meer deelneemt aan een collectiviteit, heeft u geen recht meer op de korting van deze collectiviteit.

8.2 U (verzekeringnemer) betaalt de premie

U (verzekeringnemer) moet de premie vooruitbetalen. U mag de premie die u (verzekeringnemer) moet betalen, niet verrekenen met uw aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg.

Beëindigt u (verzekeringnemer) of beëindigen wij uw basisverzekering tussentijds? Dan betalen wij premie die u te veel heeft betaald, terug. Wij gaan hierbij uit van een maand met 30 dagen. Hebben wij uw verzekering beëindigd vanwege fraude of misleiding (zie ook artikel 20 van deze algemene voorwaarden)? Dan kunnen wij een bedrag voor administratiekosten aftrekken van de premie die wij moeten terugbetalen.

8.3 Hoe u (verzekeringnemer) de premie en andere kosten betaalt

Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso betaalt:

- a** premie;
- b** verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico;
- c** wettelijke eigen bijdragen;
- d** eigen betalingen;
- e** eventuele overige vorderingen.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via een automatische incasso? Dan kan het zijn dat u (verzekeringnemer) daarvoor administratiekosten moet betalen.

8.4 Afschrijving 14 dagen van tevoren aangekondigd

U (verzekeringnemer) ontvangt van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen 14 dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren. De automatische incasso van de premie kondigen wij 1 keer per jaar aan op het polisblad dat u van ons ontvangt.

Artikel 9 Wat gebeurt er als u de premie niet op tijd betaalt?

9.1 Er zijn regels voor hoe u de premie betaalt

Als u premie moet betalen, moet u zich aan de regels hiervoor houden. Dit geldt ook als een derde de premie betaalt.

9.2 Wij verrekenen achterstallige premie met schadekosten

Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie aan ons betalen, en declareert u schadekosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie met de schadekosten.

Als u (verzekeringnemer) niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen.

9.3 Als u (verzekeringnemer) zich niet aan de betalingstermijn houdt

Heeft u (verzekeringnemer) ervoor gekozen om premie te betalen per kwartaal of (half)jaar? En betaalt u de premie niet binnen de betalingstermijn die wij hebben gesteld? Dan behouden wij ons het recht voor om u (verzekeringnemer) uw premie weer per maand te laten betalen. Het gevolg hiervan is dat u geen recht meer heeft op betalingskorting.

9.4 U kunt de verzekering pas opzeggen als achterstallige premie is betaald

Hebben wij u aangemaand om één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie te betalen? Dan kunt u (verzekeringnemer) de basisverzekering niet opzeggen totdat u de verschuldigde premie en eventuele administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente heeft betaald. Een uitzondering hierop is als wij de dekking van uw basisverzekering schorsen.

9.5 Uitzondering op artikel 9.4

Artikel 9.4 van deze algemene voorwaarden geldt niet, als wij binnen 2 weken aan u (verzekeringnemer) laten weten dat wij de opzegging bevestigen.

Artikel 10 Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?

10.1 Betalingsregeling als u uw premie 2 maanden niet heeft betaald

Stellen wij vast dat u 2 maanden geen maandpremie heeft betaald? Dan bieden wij u (verzekeringnemer) binnen 10 werkdagen schriftelijk een betalingsregeling aan. Die betalingsregeling houdt in:

- a dat u (verzekeringnemer) ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies bij u (verzekeringnemer) of derden te incasseren;
- b dat u (verzekeringnemer) met ons afspraken maakt om uw betalingsachterstand en schulden uit de zorgverzekering aan ons in termijnen terug te betalen;
- c dat wij de basisverzekering niet om reden van het bestaan van schulden als bedoeld onder b beëindigen en de dekking van de basisverzekering niet om deze reden schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u (verzekeringnemer) de machtiging genoemd onder a intrekt, of als u (verzekeringnemer) de gemaakte afspraken over de betalingen genoemd onder b niet nakomt.

In de brief staat dat u (verzekeringnemer) 4 weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. Ook leest u (verzekeringnemer) hierin wat er gebeurt, als u (verzekeringnemer) de maandpremie 6 maanden niet betaalt. Bovendien vindt u (verzekeringnemer) bij het aanbod informatie over schuldhulpverlening, hoe u (verzekeringnemer) die hulp kunt krijgen en welke schuldhulpverlening mogelijk is.

10.2 Betalingsregeling als u (verzekeringnemer) een ander verzekert

Heeft u (verzekeringnemer) iemand anders verzekerd? En heeft u (verzekeringnemer) de maandpremie voor de basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in, dat wij u (verzekeringnemer) aanbieden om deze verzekering te beëindigen op de dag dat de betalingsregeling ingaat. Dit aanbod geldt alleen als:

- a de verzekerde voor zichzelf een andere basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden; én
- b de verzekerde ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies te incasseren, als deze verzekerde bij ons verzekerd wordt via de basisverzekering.

10.3 Verzekerde(n) ontvangen kopieën van informatie over betalingsregeling

Als artikel 10.2 van deze algemene voorwaarden van toepassing is, sturen wij de verzekerde(n) kopieën van de stukken zoals genoemd in artikel 10.1, 10.2 en 10.4 die wij aan u (verzekeringnemer) sturen. Dit doen wij gelijktijdig.

10.4 Wat er gebeurt als u (verzekeringnemer) uw maandpremie 4 maanden niet heeft betaald?

Heeft u (verzekeringnemer) 4 maanden geen maandpremie betaald (exclusief administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente)? Dan ontvangen u (verzekeringnemer) en uw medeverzekerden een bericht dat wij van plan zijn u (verzekeringnemer) aan te melden bij het Zorginstituut Nederland, zodra u (verzekeringnemer) 6 maanden of langer geen maandpremie heeft betaald. Melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het Zorginstituut Nederland? Dan gaat het Zorginstituut Nederland een bestuursrechtelijke premie bij u (verzekeringnemer) innen.

Ook kunt u (verzekeringnemer) ons vragen of wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) willen aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt, leest u (verzekeringnemer) in artikel 10.1 van deze algemene voorwaarden. Als wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) aangaan, melden wij u (verzekeringnemer) niet aan bij het Zorginstituut Nederland zolang u (verzekeringnemer) de nieuwe maandpremies op tijd betaalt.

10.5 Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met de betalingsachterstand

Bent u (verzekeringnemer) het niet eens met de betalingsachterstand en/of de voorgenomen aanmelding bij het Zorginstituut Nederland zoals genoemd in artikel 10.4? Laat dit dan aan ons weten door middel van een bezwaarschrift. Wij melden u (verzekeringnemer) dan nog niet aan bij het Zorginstituut Nederland. Eerst onderzoeken wij dan, of wij uw schuld goed berekend hebben. Vinden wij dat wij uw schuld goed hebben berekend? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) hierover een bericht.

Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met ons oordeel, kunt u (verzekeringnemer) dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijk rechter. U (verzekeringnemer) moet dat doen binnen 4 weken nadat u (verzekeringnemer) het bericht met ons oordeel heeft ontvangen. Wij melden u (verzekeringnemer) ook nu nog niet aan bij het Zorginstituut Nederland. Zie ook artikel 18 van deze algemene voorwaarden over klachtafhandeling.

10.6 Wat er gebeurt als u (verzekeringnemer) uw maandpremie 6 maanden niet heeft betaald

Stellen wij vast dat u (verzekeringnemer) 6 maanden geen maandpremie (exclusief administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente) heeft betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het Zorginstituut Nederland. Vanaf dit moment betaalt u geen nominale premie meer aan ons. Het Zorginstituut Nederland legt dan bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie op. Het Zorginstituut Nederland krijgt hiervoor van ons uw persoonsgegevens en die van de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) bij ons heeft verzekerd. Wij geven alleen die persoonsgegevens door aan het Zorginstituut Nederland die het nodig heeft om bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen. U (verzekeringnemer) en de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) heeft verzekerd, ontvangen hierover een bericht van ons.

10.7 Is alle premie betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) af bij het Zorginstituut Nederland

Wij melden u (verzekeringnemer) af bij het Zorginstituut Nederland, als u (verzekeringnemer), na tussenkomst van het Zorginstituut Nederland, de volgende bedragen heeft betaald:

- a** de verschuldigde premie;
- b** de vordering op grond van zorgkostennota's;
- c** de wettelijke rente;
- d** eventuele incassokosten;
- e** eventuele proceskosten.

Als wij u (verzekeringnemer) hebben afgemeld bij het Zorginstituut Nederland, wordt de bestuursrechtelijke premie-inning stopgezet. In plaats daarvan betaalt u (verzekeringnemer) de nominale premie weer aan ons.

10.8 Wat wij aan u (verzekeringnemer) en het Zorginstituut Nederland melden

Wij stellen u (verzekeringnemer en verzekerde) en het Zorginstituut Nederland direct op de hoogte van de datum waarop:

- a** de schulden die uit de basisverzekering voortvloeien, (zullen) zijn afgelost of teniet (zullen) gaan;
- b** de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op u (verzekeringnemer) van toepassing wordt;
- c** een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zorgverzekeringswet. Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhelpverlener zoals bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u (verzekeringnemer) en het Zorginstituut Nederland op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan de schuldregeling moet, naast u (verzekeringnemer), tenminste uw zorgverzekeraar deelnemen.

- 10.9** Vraagt u na wanbetaling een verzekering bij ons aan? En schrijven wij u in? Dan moet u (verzekeringnemer) 2 maanden premie vooruitbetalen.

Artikel 11 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

11.1 Wij kunnen de premiegrondslag en voorwaarden van uw basisverzekering aanpassen

Bijvoorbeeld omdat de samenstelling van het basispakket verandert. Op basis van de nieuwe premiegrondslag en de veranderde voorwaarden doen wij u (verzekeringnemer) een nieuw aanbod.

11.2 Als uw premiegrondslag wijzigt

Een verandering in de premiegrondslag gaat niet eerder in dan 6 weken na de dag waarop wij u (verzekeringnemer) hierover hebben geïnformeerd. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat (meestal per 1 januari). U (verzekeringnemer) heeft hiervoor in ieder geval 1 maand de tijd nadat wij u hebben geïnformeerd over de verandering.

11.3 Als de voorwaarden, en/of vergoedingen wijzigen

Is een verandering in de voorwaarden, aanspraken en/of vergoedingen in het nadeel van de verzekerde? Dan mag u (verzekeringnemer) de basisverzekering opzeggen. Dit geldt niet als deze verandering ontstaat, doordat een wettelijke bepaling wijzigt. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat. U (verzekeringnemer) heeft hiervoor 1 maand de tijd nadat wij u (verzekeringnemer) over de verandering hebben geïnformeerd.

Artikel 12 Wanneer gaat uw basisverzekering in?

12.1 De ingangsdatum staat op het polisblad

De basisverzekering gaat in op de ingangsdatum die op het polisblad staat. Deze ingangsdatum is de dag waarop wij van u (verzekeringnemer) uw verzoek om de basisverzekering af te sluiten, hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend verlengen wij de basisverzekering ieder jaar stilzwijgend. Dat doen wij steeds voor de duur van 1 kalenderjaar.

12.2 Al verzekerd? Dan kan de verzekering later ingaan

Is degene voor wie wij de basisverzekering afsluiten al op grond van een basisverzekering verzekerd op de dag waarop wij uw aanvraag ontvangen? En geeft u (verzekeringnemer) aan dat u de basisverzekering later in wilt laten gaan dan de dag die is genoemd in artikel 12.1 van deze algemene voorwaarden? Dan gaat de basisverzekering in op de latere dag die u (verzekeringnemer) aangeeft.

12.3 Afsluiten binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht ontstaat

Gaat de basisverzekering in binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan? Dan houden wij als ingangsdatum aan de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.

12.4 Verzekering kan tot 1 maand gelden met terugwerkende kracht

Gaat de basisverzekering in binnen 1 maand nadat een andere basisverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd? Dan werkt deze verzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere basisverzekering is geëindigd. Hierbij kunnen wij afwijken van wat is bepaald in artikel 925, eerste lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. De terugwerkende kracht van de basisverzekering geldt ook, als u

uw vorige verzekering heeft opgezegd, omdat de voorwaarden verslechteren. Dit is bepaald in artikel 940, vierde lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

12.5 Uw basisverzekering wijzigen

Heeft u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze wijzigen per 1 januari van het volgende kalenderjaar. U ontvangt hiervan een schriftelijke bevestiging. Geef de wijziging dan uiterlijk 31 december aan ons door.

12.6 Afspraken over ingangsdatum bij collectiviteitskorting

De collectieve basisverzekering geldt ook voor uw gezin. Zijn er binnen de collectieve overeenkomst beperkende afspraken gemaakt over de leeftijd waarop uw kinderen gebruik kunnen maken van uw collectiviteitskorting? Dan informeren wij uw kinderen daar schriftelijk over.

Artikel 13 Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?

13.1 Uw basisverzekering herroepen

U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. Dit betekent dat u (verzekeringnemer) de basisverzekering kunt beëindigen binnen 14 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Stuur ons hiervoor een brief of een e-mail waarin u de verzekering opzegt.

U (verzekeringnemer) hoeft hierbij geen redenen te geven. Wij gaan er dan van uit dat uw basisverzekering niet is ingegaan.

Herroept u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) de eventueel al betaalde premie terug. Als wij al zorgkosten aan u hebben vergoed, moet u (verzekeringnemer) deze kosten aan ons terugbetalen.

13.2 Uw basisverzekering beëindigen

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw basisverzekering beëindigen:

- a** U (verzekeringnemer) kunt een brief of e-mail sturen waarin u (verzekeringnemer) uw basisverzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De basisverzekering eindigt dan op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Heeft u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- b** U (verzekeringnemer) kunt gebruikmaken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een basisverzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering op.
- c** Heeft u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf verzekerd en heeft deze verzekerde een andere basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) een brief of e-mail sturen om deze verzekering voor de verzekerde op te zeggen. Is deze opzegging bij ons binnen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering? Dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.

Beëindigen wij uw verzekering op uw verzoek? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u op welke datum de verzekering eindigt.

Artikel 14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering:

- a** met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering;
- b** op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz);
- c** als u militair in werkelijke dienst wordt;
- d** bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel 20 van deze algemene voorwaarden;
- e** bij overlijden;
- f** als wij geen basisverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hier een bericht over.

-
- g** als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u, waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Heeft het Zorginstituut Nederland u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het Zorginstituut Nederland u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het Zorginstituut Nederland en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

Artikel 15 Wanneer heeft u aanspraak op en/of recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- a** zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- b** zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
- c** Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens de Aanspraken en vergoedingen Basisverzekering¹ tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een aanspraak in de Interpolis Basisverzekering wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

15.2 Vergoeding van zorg in land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens de Aanspraken en vergoedingen Basisverzekering¹ tot maximaal:

- a de lagere vergoeding als deze bij een aanspraak in de Interpolis Basisverzekering wordt genoemd;
- b het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- c het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Artikel 16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

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

Artikel 17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt.

U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

Artikel 18 Heeft u een klacht?

18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtcoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per faxbericht.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachtenregistratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 20 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de Centrale Klachtcoördinatie indienen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per faxbericht. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 20 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist (skgz.nl). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website.

Artikel 19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen Achmea:

- a** om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
- b** om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea BV behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden;
- c** om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- d** voor statistische analyse;
- e** voor wetenschappelijk onderzoek;
- f** voor relatiebeheer;
- g** om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens.

Bovengenoemde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.

19.2 Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten

Wilt u geen informatie over onze producten en/of diensten? Of wilt u uw toestemming intrekken voor het gebruik van uw e-mailadres? Dan kunt u dit op 3 manieren melden:

- a** schriftelijk bij ZorgActief®, Postbus 13, 5000 AA Tilburg
- b** via telefoonnummer 013 462 20 25;
- c** via het contactformulier op onze website [interpolis.nl/zorgactief](https://www.interpolis.nl/zorgactief).

19.3 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als Achmea uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op stichtingcis.nl.

19.4 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en Zorginstituut Nederland) uw adres -, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres -, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

Artikel 20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

20.1 Fraude is als iemand een aanspraak en/of vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

- a** onder valse voorwendselen;
- b** op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de aanspraak en/of vergoeding:

- a** een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- b** vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
- c** een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- d** feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

20.2 Bij fraude geen aanspraak of vergoeding

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- a** aangifte doen bij de politie;
- b** uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
- c** u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
- d** uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

Artikel 21 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.

Apotheekhoudende

De apotheekhoudend huisarts of een gevestigd apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers of een apotheker die zich in de apotheek laat bijstaan door apothekers die in dit register staan ingeschreven. Onder apotheekhoudende verstaan wij ook de rechtspersoon die de zorg doet verlenen door apothekers die staan ingeschreven in voornoemd register.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Bij het schrijven van deze polisvoorwaarden zijn wij ervan uitgegaan dat de AWBZ per 1 januari 2015 komt te vervallen. Mocht dit niet het geval zijn, dan kunt u in de polisvoorwaarden tekst de Wet langdurige zorg vervangen door AWBZ.

Basisverzekering

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

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg (Wjz).

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheekhoudende waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC-)zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch-specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Dit traject heet DOT (DBC's Op weg naar Transparantie). Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, binnen de medisch-specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 120 dagen.

Diëtist

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

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

De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.

Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Onder fysiotherapeut wordt ook verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

Een bevalfaciliteit in of op het terrein van een ziekenhuis, eventueel gecombineerd met een kraamzorgfaciliteit. Een geboortecentrum kan gelijkgeschakeld worden aan een geboortehotel en bevalcentrum.

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

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

Gezin

Eén volwassene, dan wel 2 gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen kinderen, stief-, pleeg- of adoptiekinderen tot 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (Wtos) of op buitengewone lastenafrek ingevolge de belastingwetgeving.

Gezondheidszorgpsycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

GGZ-instelling

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

Een arts die als huisarts is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en op gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan in de Regeling zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, rekening houdend met het reglement dat wij hebben vastgesteld over toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

IDEA-contract

IDEA staat voor Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken. Dit is de overeenkomst tussen ons en een apotheekhoudende waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Jeugdarts

Een arts die is ingeschreven als arts met het profiel Jeugdgezondheidszorg in de registers van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, die door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) is ingesteld.

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

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

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een kinder- en jeugdpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en geregistreerd staat in het Register Kinder- en Jeugdpsycholoog van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog

Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Kraamcentrum

Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.

Kraamzorg

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

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

MDO-constructie GGZ

Een samenwerkingsverband binnen een GGZ instelling waarbij een GZ-psycholoog of verslavingsarts functioneert in een gestructureerd multidisciplinair overleg waarbij ten minste ook een psychiater of klinisch psycholoog betrokken is en waarbinnen op casusniveau de differentiaal diagnostische mogelijkheden en de behandel mogelijkheden worden besproken.

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

Een arts die is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Mondhygiënist

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

Multidisciplinaire samenwerking

Geïntegreerde (keten)zorg die meerdere zorgverleners met verschillende disciplineaire achtergrond in samenhang leveren en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.

Oefentherapeut

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

Opname

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

Optometrist

Een optometrist die is opgeleid conform het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist. Dit besluit is gebaseerd op artikel 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Orthodontist

Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

Orthopedagoog-generalist

Een orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).

Podotherapeut

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

Polisblad

De zorgpolis (akte) waarin de tussen u (verzekeringnemer) en de zorgverzekeraar gesloten basisverzekering en aanvullende verzekeringen zijn vastgelegd.

Preferente geneesmiddelen

De door ons, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.

Psychiater

Een arts die als psychiater is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Psychotherapeut

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Revalidatie

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

Specialist ouderengeneeskunde

Een arts die de opleiding voor het specialisme ouderengeneeskunde heeft gevolgd en is ingeschreven in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van specialisten ouderengeneeskunde van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Tandarts

Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Tandprotheticus

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

Taxe-prijs

De taxe-prijs van een geneesmiddel is de inkoopprijs die een leverancier laat opnemen in de G-standaard (landelijk gehanteerde prijslijst). Deze prijs is per inkoophoeveelheid en exclusief BTW.

U/uw

De verzekerde persoon. Deze staat genoemd op het polisblad. Met u (verzekeringnemer) bedoelen wij degene die de basisverzekering en/of aanvullende verzekeringen met ons is aangegaan.

Uitsluitingen

Uitsluitingen in de verzekeringsovereenkomst bepalen dat een verzekerde geen aanspraak heeft op of recht heeft op vergoeding van kosten.

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

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

Verloskundige

Een verloskundige die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Verwijzing / Verklaring

Een verwijzing / verklaring is uiterlijk één jaar geldig.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

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

Wij/ons

Interpolis Zorgverzekeringen N.V.

Wijkverpleegkundige

Een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3a wet BIG, hbo-bachelor) of verpleegkundig specialist (artikel 14 wet BIG, hbo-master).

Wlz

Wet langdurige zorg. Bij het schrijven van deze polisvoorwaarden zijn wij ervan uitgegaan dat de AWBZ per 1 januari 2015 komt te vervallen. Mocht dit niet het geval zijn, dan kunt u in de polisvoorwaarden tekst de Wet langdurige zorg vervangen door AWBZ.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Ziekenhuis

Een instelling voor medisch-specialistische zorg (IMSZ) voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig conform de bij of door wet gestelde regels is toegelaten.

Zorggroep

Dit is een groep van zorgverleners uit verschillende disciplines die samen ketenzorg levert.

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat Interpolis Zorgverzekeringen N.V. die statutair gevestigd is te Utrecht, KvK-nummer: 30208634, en geregistreerd is bij de AFM onder nummer 12001021.

Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering

Hieronder vindt u de zorg die in de basisverzekering is opgenomen. Ook leest u hieronder welke voorwaarden gelden voor de aanspraak of vergoeding. Kunt u niet vinden wat u zoekt? Kijk dan eerst in de inhoudsopgave aan het begin van deze polisvoorwaarden.

Botten, spieren en gewrichten

Artikel 1 Ergotherapie

U heeft aanspraak op 10 uur advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut. Dit is 10 uur per kalenderjaar. Het is de bedoeling dat u door deze ergotherapie uw zelfredzaamheid bevordert of herstelt. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat ergotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1 U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering aanspraak heeft op ergotherapie.
- 2 Laat u zich behandelen op school? Dan heeft u alleen aanspraak, als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Soms bij gecontracteerde ergotherapeuten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring nodig om aanspraak te hebben. Met een aantal gecontracteerde ergotherapeuten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Deze ergotherapeuten kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTE (Directe Toegang Ergotherapie). Via de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde zorgverleners die DTE aanbieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ergotherapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een ergotherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan kan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke ergotherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Waar u geen aanspraak op heeft

U heeft geen aanspraak op toeslagen voor:

- a afspraken buiten reguliere werktijden;
- b niet-nagekomen afspraken;
- c eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Artikel 2 Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus

Heeft u diabetes mellitus (suikerziekte)? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van voetzorg als uw huisarts, uw internist of uw specialist ouderengeneeskunde heeft vastgesteld dat u een Simm's classificatie 1 of hoger heeft.

De inhoud van de voetzorg die u ontvangt, is afhankelijk van uw zorgprofiel. Uw zorgprofiel wordt bepaald door de huisarts, door de internist of door een specialist ouderengeneeskunde. Voor de beoordeling hiervan gaat de arts uit van de Simm's classificatie en de eventuele overige medische risico's.

Na de vaststelling van het zorgprofiel, wordt er voor u een persoonlijk behandelplan opgesteld. Dit doet een podotherapeut, medisch pedicure of pedicure met het certificaat Diabetische Voet (DV) die daarvoor bekwaam en bevoegd is. Het aantal controles en de inzet van diagnostiek is mede afhankelijk van het zorgprofiel. Op welke zorgonderdelen u recht heeft, is geregeld in de zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera 2014. Deze kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

-
- Zorgprofiel 1: Jaarlijks voetonderzoek door medisch pedicure/pedicure met certificaat Diabetische Voet (DV) of podotherapeut.
- Zorgprofiel 2: Jaarlijks podotherapeutisch gericht voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door podotherapeut.
Controle afspraken, educatie en stimuleren van zelfmanagement.
Preventieve voetverzorging ter voorkoming van ulcussen, deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een medisch pedicure of een pedicure met certificaat Diabetische Voet (DV).
- Zorgprofiel 3: Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door podotherapeut. Toepassen van podotherapeutische therapie of therapieën en podotherapeutische controle consult door podotherapeut.
Preventieve voetverzorging en instrumentele behandeling bij druk en wrijvingsproblemen om het risico op een ulcus te minimaliseren. Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan de medisch pedicure of pedicure met certificaat Diabetische Voet (DV).
- Zorgprofiel 4: Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door podotherapeut. Toepassen van podotherapeutische therapie of therapieën en podotherapeutische controle consult door podotherapeut. Preventieve voetverzorging en instrumentele behandeling bij druk en wrijvingsproblemen huid en nagels met als doel dat de huid intact blijft, zodat het risico op een ulcus laag blijft. Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan de medisch pedicure of pedicure met certificaat Diabetische Voet (DV).

De voetverzorging die volgens deze polis vergoed wordt, is geregeld via ketenzorg of via zorgverleners buiten de zorgketen. Voor de voetverzorging via ketenzorg verwijzen we u naar artikel 37 van de ‘Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering’.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij stellen de volgende voorwaarden aan de pedicure die het jaarlijks voetonderzoek en/of behandeling uitvoert:
 - De pedicure moet als medisch pedicure geregistreerd staan in het Kwaliteit Register voor Pedicures (KRP) van ProCert of hierin staan met de kwalificatie Diabetische Voet (DV);
 - Als het gaat om een (pedicure) chiropodist of een pedicure in de zorg, dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- 2 Wij stellen de volgende voorwaarden aan de podotherapeut:
 - De podotherapeut moet lid zijn van Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en geregistreerd zijn in Kwaliteitsregister Paramedici.
 - De podotherapeut kan pedicures inschakelen welke voldoen aan de gestelde eisen bij onder 1 voor het verlenen van preventieve voet(ver)zorg(ing).
- 3 U heeft een verklaring nodig van de huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde. In deze verklaring wordt vastgelegd welke Simm's classificatie u heeft en in welk zorgprofiel u wordt ingedeeld. Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering aanspraak heeft op voetverzorging.
- 4 Op de nota moet uw medisch pedicure, pedicure met certificaat Diabetische Voet (DV) of de podotherapeut het Zorgprofiel en de prestatieomschrijving vermelden. Ook moet op de nota staan dat uw pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo. Voor de podotherapeut geldt inschrijving bij de NVvP.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

- a Heeft u diabetes mellitus en recht op vergoeding van de kosten van de bijbehorende ketenzorg waarin voetverzorging is opgenomen? Dan heeft u volgens dit artikel geen aanspraak op voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure. Deze voetbehandelingen vallen dan onder de aanspraak binnen de ketenzorg (zie artikel 37 van de Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering).
- b U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van hulpmiddelen voor voetbehandeling volgens dit artikel, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Meer informatie hierover vindt u in het Achmea Reglement Hulpmiddelen. U kunt dit reglement vinden op onze website.
- c U heeft geen recht op vergoeding van de kosten van voetverzorging (pedicurebehandeling), wanneer u geen zorgprofiel heeft, of zorgprofiel 1 heeft. Als u zorgprofiel 1 heeft, dan heeft u wellicht recht op vergoeding uit uw aanvullende verzekering.
- d U heeft volgens dit artikel geen recht op vergoeding van de kosten van voetscreening door de huisarts. Deze voetscreening valt onder huisartsenzorg (zie artikel 36 huisartsenzorg van de ‘Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering’).

Fysiotherapie en oefentherapie

Artikel 3 Fysiotherapie en oefentherapie

U heeft aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie. Hieronder leest u om welke zorg het gaat en welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

3.1 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder? Dan heeft u aanspraak op de 21e behandeling (per aandoening) en de daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut. Het moet dan wel gaan om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst “Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering”. U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen ook een maximale behandelperiode opgenomen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten en, wanneer het gaat om manuele lymfedrainage, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1 U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering aanspraak heeft op fysiotherapie en oefentherapie.
- 2 Laat u zich behandelen op school? Dan heeft u alleen aanspraak als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten, oefentherapeuten en huidtherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

U heeft geen aanspraak op:

- a de eerste 20 behandelingen per aandoening. Loopt uw behandeling voor deze aandoening door over het kalenderjaar heen? Dan betaalt u niet opnieuw de eerste 20 behandelingen zelf;
- b een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enige doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren;
- c zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids-en bezigheidstherapie;
- d toelagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- e verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt.

3.2 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? En heeft u een aandoening die voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst “Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering”? Dan heeft u aanspraak op alle behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen ook een maximale behandelperiode opgenomen. U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

Heeft u een aandoening die niet voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst? Dan heeft u aanspraak op 9 behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut. Dit zijn 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Heeft u na deze 9 behandelingen meer behandelingen nodig, omdat u nog steeds last heeft van de aandoening? Dan heeft u aanspraak op maximaal 9 extra behandelingen. Dit geldt alleen als de extra behandelingen medisch noodzakelijk zijn. In totaal hebben verzekerden tot 18 jaar dus aanspraak op maximaal 18 behandelingen. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten en, wanneer het gaat om manuele lymfedrainage, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1 U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u aanspraak heeft op fysiotherapie en oefentherapie vanuit de basisverzekering.
- 2 Laat u zich behandelen op school? Dan heeft u alleen aanspraak als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten, oefentherapeuten en huidtherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig om aanspraak te hebben. Met een aantal gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen u behandelen zonder verwijzing. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie). Via de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie die DTF of DTO aanbieden.

Bij DTF of DTO geldt de screening als 1 behandeling. De intake en het onderzoek na deze screening gelden ook als 1 behandeling. Maar bij DTF door een PlusPraktijk gelden de screening, de intake en het onderzoek na deze screening slechts als 1 behandeling.

Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de behandeling? Dan is DTF of DTO niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer moet op de verklaring aangeven dat de behandeling aan huis moet plaatsvinden.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

U heeft geen aanspraak op:

- a een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren;
- b zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c toelagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt.

3.3 Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van urine-incontinentie? En wilt u dit behandelen met bekkenfysiotherapie? Dan heeft u eenmalig per indicatie aanspraak op de eerste 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor aanspraak

U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering aanspraak heeft op bekkenfysiotherapie.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde bekkenfysiotherapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een bekkenfysiotherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke bekkenfysiotherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

U heeft geen aanspraak op:

- a zwangenschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- b toelagen voor:
 - *afspraken buiten reguliere werktijden;*
 - *niet-nagekomen afspraken;*
 - *eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;*
- c verband- en hulpmiddelen die de bekkenfysiotherapeut heeft verstrekt.

Hulpmiddelen

Artikel 4 Hulpmiddelen

U heeft aanspraak op:

- a levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom. Soms geldt voor een hulpmiddel een wettelijke eigen bijdrage of wettelijke maximale aanspraak;
- b het wijzigen, vervangen of repareren van hulpmiddelen;
- c een eventueel reservehulpmiddel.

Voorwaarden voor aanspraak

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Achmea Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website.

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Achmea Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen.

In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Achmea Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de algemene voorwaarden Interpolis Basisverzekering.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Schaft u hulpmiddelen aan bij een leverancier die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen aanspraak op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering'.

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Artikel 5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;
- b advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website.

U heeft aanspraak op terhandstelling, advies en begeleiding van:

- a alle bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheehouder die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;
- b de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen die voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS voor zover wij deze hebben aangewezen en wij ze hebben opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheehouder die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten of een apotheehouder zonder contract;
- c andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor u of uw basisverzekering. Onder deze rationele farmacotherapie vallen:
 - geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheehouder in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van de Geneesmiddelenwet;
 - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- d polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Farmaceutische zorg omvat een aantal (deel)prestaties. Een omschrijving van deze (deel)prestaties vindt u in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Op onze website vindt u daarnaast een overzicht van de maximale aanspraken die wij hebben vastgesteld voor de (deel)prestaties farmacie, geneesmiddelen en dieetpreparaten. Bovendien vindt u hier ook de geregistreerde geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Uiteraard kunt u deze informatie ook bij ons opvragen.

Voorwaarden voor aanspraak op geneesmiddelen en dieetpreparaten

- 1 De geneesmiddelen of dieetpreparaten moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- 2 Een apotheekhoudende moet de geneesmiddelen leveren. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- 3 Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u aanspraak op alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u aanspraak op een niet-aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen.

In artikel 4.4 van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor aanspraak op specifieke geneesmiddelen en dieetpreparaten. U heeft aanspraak op deze dieetpreparaten en de geneesmiddelen alleen, als u voldoet aan deze bepalingen.

Voorwaarden voor aanspraak op (deel)prestaties

Voor een aantal (deel)prestaties stellen wij aanvullende eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening en/of randvoorwaarden voor welke farmaceutische zorg u mag declareren. U heeft alleen aanspraak op deze (deel)prestaties als aan deze aanvullende eisen is voldaan. In het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg leest u, voor welke (deel)prestaties deze voorwaarden gelden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde apotheekhoudende

Let op! Ontvangt u geneesmiddelen, dieetpreparaten, advies of begeleiding van een apotheekhoudende die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij:

- farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten) die onder het Achmea preferentiebeleid vallen: tot maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief
- farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten) die niet onder het Achmea preferentiebeleid vallen: tot maximaal 80% van de taxe-prijs
- prestaties (dienstverlening, zie voor de omschrijving hoofdstuk 7 van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg): tot maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wij hebben overigens 2 soorten contracten met apotheekhoudenden: een IDEA-contract of een contract met preferentiebeleid. Meer informatie hierover vindt u in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg.

Let op! Als een apotheekhoudende niet door ons is gecontracteerd en deze apotheekhoudende levert een niet-preferent geneesmiddel, dan heeft u uitsluitend aanspraak op vergoeding van een ander merk dan het voorkeursmiddel als het medisch onverantwoord is u met het voorkeursmiddel te behandelen. U moet hiervoor een kopie van het recept of een verklaring van de huisarts mee te sturen. Daaruit moet blijken dat dit middel aan u is voorgeschreven uit medische noodzaak.

Let op! Naast de lagere vergoeding (of geen vergoeding in het geval van levering niet-preferent geneesmiddel zonder medische noodzaak) waar u recht op heeft bij een niet-gecontracteerde apotheekhoudende, kan het, bij zowel een gecontracteerde als een niet-gecontracteerde apotheekhoudende, voorkomen dat u nog een ander deel zelf moet betalen. Het gaat hier om de bovenlimietprijs (wettelijke eigen bijdrage). Deze wordt eventueel wel vergoed uit uw aanvullende verzekering.

Wilt u weten met welke apotheekhoudenden wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde apotheekhoudenden vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op! Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico. Bij plaatsing door een huisarts worden, zowel de plaatsing, als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. Het eigen risico geldt dan alleen voor de spiraal. Voor de plaatsing van de spiraal door de huisarts is geen eigen risico verschuldigd.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

Op de volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie heeft u geen aanspraak:

- a** anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- b** geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- c** farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen aanspraak op heeft;
- d** geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- e** geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- f** geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- g** zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- h** alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg;
- i** homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- j** niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd middel niet mogelijk is. U kunt dan een machtiging aanvragen voor aanspraak op een niet geregistreerde allergen. Aanspraak bestaat op deze verrichting alleen op basis van een door ons afgegeven machtiging en op individuele basis.

Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van 6 tot en met 12) gaan wij hierop in.

Artikel 6 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan vergoeden wij de kosten van deze behandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1** De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2** Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 3** Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
- 4** Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan heeft u geen recht op vergoeding van kosten van reparatie of vervanging hiervan.

Artikel 7 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoeden wij de kosten van de volgende tandheelkundige behandelingen:

- a** periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;
- b** incidenteel tandheelkundig consult;
- c** het verwijderen van tandsteen;
- d** maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen. Wij moeten u hier wel vooraf toestemming voor hebben gegeven;
- e** sealing (afdichten groeven van kiezen);
- f** parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
- g** anesthesie (verdoving);

-
- h** endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
 - i** restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
 - j** gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
 - k** uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
 - l** fronttandvervanging: tandvervangende hulp met niet-plastische materialen vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten) en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten. Wij vergoeden dit alleen als hierbij een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden vervangen worden, omdat deze tanden niet zijn aangelegd of als het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval;
 - m** chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg;
 - n** röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1** De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Deze moet bevoegd zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
- 2** Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, tandarts-specialist of een huisarts.
- 3** Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor fronttandvervanging met een implantaat en voor de prothetische vervolgbehandeling (kroon of brug).
- 4** U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 6 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering'). U heeft hiervoor dan al toestemming van ons gekregen.
- 5** Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel 6, 11 of 12 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering'? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.

Artikel 8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie

Wij vergoeden de kosten van chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek. Dit eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis. Wij vergoeden echter niet de kosten van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat (zie artikel 10.1 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering') en een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken) door een kaakchirurg (deze kan uit de aanvullende tandartsverzekering worden vergoed).

Wordt u behandeld door een kaakchirurg? Dan vergoeden wij ook verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is. Zie hiervoor artikel 29 Medisch specialistische zorg, verpleging en verblijf van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering'.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1** Een kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
- 2** U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, een andere medisch specialist of jeugdarts.
- 3** Gaat u naar een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum voor de behandeling? Dan moeten wij u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
 - osteotomie (kaakoperatie) voor de behandeling van Obstructief Slaap Apnoe Syndroom (OSAS);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - pre-implantologische chirurgie;
 - plastische chirurgie.
- 4** Extracties mogen alleen onder narcose als daar zwaarwegende medische gronden voor zijn.
- 5** U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van ophoging bodem bijholte, kaakverbreding en/of verhoging, als u recht heeft op vergoeding van kosten van de bijbehorende implantaten vanuit de basisverzekering.
- 6** Laat u botankers plaatsen voor een orthodontische behandeling? Houd er dan rekening mee dat er alleen recht op vergoeding van deze verrichting bestaat, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 6 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering'). U heeft hiervoor dan al toestemming van ons gekregen.
- 7** Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Artikel 9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)

Wij vergoeden de kosten van het maken en plaatsen van de volgende prothesen:

- a een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak;
- b een uitneembare volledige immediaatprothese;
- c een uitneembare volledige vervangingsprothese;
- d een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen.

Voor deze prothesen geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Laat u een volledige immediaatprothese, een bestaande uitneembare volledige prothese of een bestaande volledige overkappingsprothese repareren of rebasen? Dan hoeft u geen wettelijke eigen bijdrage te betalen.

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een tandarts, tandprotheticus of tandtechnicus moet de behandeling uitvoeren.
- 2 Als de prothese binnen 5 jaar of een immediaatprothese binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- 3 Laat u een gecombineerde boven- en onderprothese maken en plaatsen? En zijn de totale kosten hoger dan € 1.230,-? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Dit maximumbedrag is inclusief de maximale techniekkosten.
- 4 Laat u een volledige boven- of een volledige onderprothese maken en plaatsen? En zijn de totale kosten voor een volledige bovenprothese hoger dan € 575,- of voor een volledige onderprothese hoger dan € 600,-? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Dit maximumbedrag is inclusief de maximale techniekkosten.
- 5 Er bestaat alleen recht op vergoeding van reparaties aan een volledige prothese door een tandtechnicus, als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hier is sprake van als het gaat om het herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk waarbij de delen van de prothese zo in elkaar passen. Of wanneer het gaat om het vastzetten van een tand of kies aan de prothese.

Artikel 10 Implantaten

10.1 Implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel dat u zonder het plaatsten van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op vergoeding van kosten van de tandheelkundige implantaten die nodig zijn voor een uitneembare volledige prothese (klikgebit) inclusief de drukknoppen of staaf (het kliksysteem dat vast zit aan de implantaten). Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten die u laat plaatsen, dienen ter bevestiging van de uitneembare prothese (klikgebit).

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist, tandprotheticus of huisarts u hebben doorverwezen. De tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar de kaakchirurg. Dit mag alleen als u volledig tandeloos bent.
- 3 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op! U heeft misschien ook recht op vergoeding van kosten van implantaten vanuit artikel 12 van de ‘Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering’.

10.2 Uitneembare volledige prothese (klikgebit) op implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel dat u zonder een uitneembare prothese (klikgebit) op implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op vergoeding van kosten van deze prothese. Voor deze prothese geldt wel een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per boven- of onderkaak. U heeft ook recht op vergoeding van kosten van de reparatie en rebasing van een uitneembare volledige prothese op implantaten. Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak.

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 3 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. Dit is niet nodig voor de reparatie en rebasing van een uitneembare volledige prothese op implantaten die ouder is dan 5 jaar. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op! U heeft misschien ook recht op vergoeding van kosten van een uitneembare prothese (klikgebit) op implantaten vanuit artikel 12 van de ‘Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering’.

Artikel 11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

Heeft u een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap? En kunt u zonder tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie houden of verwerven, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder de lichamelijke en/of verstandelijke beperking? Dan heeft u recht op vergoeding van kosten van tandheelkundige zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 3 U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van deze zorg, als u niet al recht heeft op vergoeding van tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.
- 4 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de zorg. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Artikel 12 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

In de volgende bijzondere gevallen heeft u recht op vergoeding van kosten van een tandheelkundige behandeling:

- a als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaakmondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening;
- b als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening;

-
- c als u een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde.

Voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, betalen verzekerden van 18 jaar en ouder een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de betreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht, als dit artikel niet van toepassing is. Gaat u bijvoorbeeld naar een angsttandarts? Dan betaalt u doorgaans een hoger tarief dan bij een gewone tandarts. U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van de meerkosten. Het standaardtarief van een gewone tandarts betaalt u zelf.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.
- 3 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Let op! U heeft misschien ook recht op vergoeding van kosten van implantaten vanuit artikel 10 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering'.

Ogen en oren

Artikel 13 Audiologisch centrum

13.1 Gehoorproblemen

Heeft u gehoorproblemen? Dan heeft u aanspraak op zorg in een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- a onderzoek doet naar uw gehoorfunctie;
- b u adviseert over aan te schaffen gehoorapparatuur;
- c u voorlichting geeft over het gebruik van de apparatuur;
- d psychosociale zorg verleent als dat voor uw gehoorprobleem noodzakelijk is.

Voorwaarde voor aanspraak

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

13.2 Spraak- en taalstoornissen bij kinderen

Heeft uw kind een spraak- of taalstoornis? Een voor dat doel gecontracteerd audiologisch centrum kan hulp bieden bij het stellen van een diagnose. Wilt u weten welke audiologische centra wij hiervoor hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker.

Voorwaarde voor aanspraak

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, kinderarts, kno-arts of triage-audicien.

Artikel 14 Zintuiglijke gehandicaptenzorg

U heeft aanspraak op zintuiglijke gehandicaptenzorg. Deze zorg omvat multidisciplinaire zorg gericht op het leren omgaan met, het opheffen van of het compenseren van de beperking. Deze zorg heeft als doel dat u zo zelfstandig mogelijk kunt functioneren.

U komt voor deze zorg in aanmerking als u:

- 1 een auditieve beperking heeft en/of,
- 2 een visuele beperking heeft en/of,
- 3 een communicatieve beperking heeft als gevolg van een primaire taalontwikkelingsstoornis en u niet ouder bent dan 23 jaar.

De multidisciplinaire zorg bestaat uit:

- 1** handelingsgerichte diagnostiek,
- 2** interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap,
- 3** interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Bij auditieve en communicatieve beperkingen is de gezondheidszorgpsycholoog eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg en het zorgplan. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren. Bij kinderen (1 tot en met 13 jaar) is altijd sprake van eindverantwoordelijkheid van een orthopedagoog of ontwikkelings- of gezondheidszorgpsycholoog.

Bij visuele beperkingen is de oogarts of klinisch fysisch visueel systeem eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg, als het gaat om de coördinatie van de behandeling voor wat betreft de 'visusproblematiek'. De gezondheidszorg psycholoog of vergelijkbare gedragskundige is eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg, als het gaat om de coördinatie van de behandeling voor wat betreft de psychische en/of gedragsproblematiek en leren omgaan met de beperking.

Ook andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarde voor aanspraak

Bij auditieve en communicatieve beperkingen moet u zijn doorwezen door een klinisch fysisch audioloog van een audiologisch centrum of een medisch specialist. Voor visuele beperkingen moet u zijn doorwezen door een oogarts of andere medisch specialist.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

U heeft geen aanspraak op:

- a** onderdelen van zorg die betrekking hebben op het ondersteunen bij het maatschappelijk functioneren;
- b** complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doofblinden en volwassen prelinguaal doven (doof/slechthorend geworden vóór de leeftijd van 3 jaar).

Psychische zorg

Artikel 15 Generalistische Basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Heeft u een niet-complexe psychische stoornis? Dan heeft u aanspraak op Generalistische Basis GGZ (hierna te noemen: Basis GGZ).

Een van de volgende zorgverleners kan als hoofdbehandelaar optreden:

- a** een gezondheidszorgpsycholoog;
- b** een psychiater;
- c** een klinisch psycholoog;
- d** een psychotherapeut;
- e** uitsluitend voor het product Basis GGZ chronisch (BC) binnen een voor de Basis GGZ gecontracteerde instelling of praktijk: een verpleegkundig specialist.

De hoofdbehandelaar mag gebruik maken van een medebehandelaar. Toegestane medebehandelaren zijn behandelaren met een beroep dat voorkomt op de beroepenlijst uit de Spelregels DBC GGZ 2014.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1 U moet 18 jaar of ouder zijn.
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, of een arts voor verstandelijk gehandicapten. De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijzingsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).
- 3 Uit de verwijzingsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor is verwezen en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijzingsbrief:
 - persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
 - reden van verwijzing;
 - waarnaar wordt verwezen (basis GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
 - naam en functie verwijzer;
 - handtekening verwijzer;
 - datering (minimaal op de datum van de start van de behandeling, dat wil zeggen de datum van het eerste contact).

Een verwijzing is uiterlijk 1 jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor vervolgbehandeling wel een nieuwe verwijzing nodig.

- 4 Alleen voor crisiszorg is geen verwijzing noodzakelijk. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.
- 5 De hoofdbehandelaar moet een dossier bijhouden. In het dossier moet uw DSM-IV-classificatie worden vastgelegd. Uit het dossier moet duidelijk blijken hoe tot de gestelde diagnose is gekomen. De diagnose moet onderbouwd worden met symptomen, waarbij ook aandacht is voor duur en ernst. Indien u gebruik maakt van de Regeling privacy bezwaren GGZ moet uw hoofdbehandelaar wel een dossier bijhouden, maar de diagnosegegevens hoeft hij niet aan ons te overleggen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, psychiater of psychotherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

U heeft geen aanspraak op:

- a behandeling van aanpassingsstoornissen;
- b hulp bij werk- en relatieproblemen;
- c hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- d interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uw zorgverlener kan u hierover meer vertellen. Op onze website vindt u een overzicht met psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk;
- e basis GGZ-zorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Artikel 16 Niet-klinische gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)

Heeft u een complexe psychische stoornis? Dan heeft u aanspraak op gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg geleverd door een GGZ-instelling, psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Ontvangt u zorg in een GGZ-instelling? Dan moet uw behandeling plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar (een psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of een GGZ-psycholoog of verslavingsarts in een MDO-constructie).

Voorwaarden voor aanspraak

- 1 U moet 18 jaar of ouder zijn.
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten. De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).
- 3 Uit de verwijsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor de verwijzing is en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijsbrief:
 - persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
 - reden van verwijzing;
 - waarnaar wordt verwezen (gespecialiseerde GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
 - naam en functie verwijzer;
 - handtekening verwijzer;
 - datering (minimaal op de datum van de start van de behandeling, dat wil zeggen de datum van het eerste contact).

Een verwijzing is uiterlijk 1 jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor vervolgbehandeling wel een nieuwe verwijzing nodig.

- 4 Alleen voor crisiszorg is geen verwijzing noodzakelijk. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.
- 5 De hoofdbehandelaar moet een dossier bijhouden. In het dossier moet uw DSM-IV-classificatie worden vastgelegd. Uit het dossier moet duidelijk blijken hoe tot de gestelde diagnose is gekomen. De diagnose moet onderbouwd worden met symptomen, waarbij ook aandacht is voor duur en ernst. Indien u gebruik maakt van de Regeling privacy bezwaren GGZ moet uw hoofdbehandelaar wel een dossier bijhouden, maar de diagnosegegevens hoeft hij niet aan ons te overleggen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een GGZ-instelling, psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners of instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners en instellingen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

U heeft geen aanspraak op:

- a behandeling van aanpassingsstoornissen;
- b hulp bij werk- en relatieproblemen;
- c hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- d interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uw zorgverlener kan u hierover meer vertellen. Op onze website vindt u een overzicht met psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk;
- e niet-klinische gespecialiseerde geneeskundige gezondheidszorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Artikel 17 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wordt u opgenomen in een GGZ-instelling, zoals in een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis? Dan heeft u aanspraak op:

- a gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg volgens artikel 16 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering';
- b uw verblijf met of zonder verpleging en verzorging;
- c paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens het verblijf bij de behandeling horen.

Uw behandeling moet plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar: een psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, of een GZ-psycholoog of verslavingsarts in een MDO-constructie.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters en klinisch psychologen in een MDO-constructie als zorg plegen te bieden.

Op hoeveel dagen verblijf met behandeling heeft u aanspraak?

Bij psychiatrisch verblijf met behandeling heeft u aanspraak op een ononderbroken verblijf in een GGZ-instelling voor een periode van maximaal 3 jaar.

De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 3 jaar:

a verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;

b niet-psychiatrische ziekenhuisverblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 3 jaar. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1 U moet 18 jaar of ouder zijn.
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten. De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijfsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).
- 3 Uit de verwijfsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor de verwijzing is en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijfsbrief:
 - persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
 - reden van verwijzing;
 - waarnaar wordt verwezen (gespecialiseerde GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
 - naam en functie verwijzer;
 - handtekening verwijzer;
 - datering (minimaal op de datum van de start van de behandeling, dat wil zeggen de datum van het eerste contact).
- 4 Er moet sprake zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg.
- 5 Alleen voor crisiszorg is geen verwijzing noodzakelijk. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.
- 6 De hoofdbehandelaar moet een dossier bijhouden. In het dossier moet uw DSM-IV-classificatie worden vastgelegd. Uit het dossier moet duidelijk blijken hoe tot de gestelde diagnose is gekomen. De diagnose moet onderbouwd worden met symptomen, waarbij ook aandacht is voor duur en ernst. Indien u gebruik maakt van de Regeling privacy bezwaren GGZ moet uw hoofdbehandelaar wel een dossier bijhouden, maar de diagnosegegevens hoeft hij niet aan ons te overleggen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen bij een GGZ-instelling die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke GGZ-instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde instellingen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

U heeft geen aanspraak op:

a behandeling van aanpassingsstoornissen;

b hulp bij werk- en relatieproblemen;

c hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;

-
- d interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uw zorgverlener kan u hierover meer vertellen. Op onze website vindt u een overzicht met psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk;
 - e psychiatrische ziekenhuisverblijf voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Spreken en lezen

Artikel 18 Logopedie

U heeft aanspraak op behandelingen door een logopedist voor zover deze zorg een geneeskundig doel heeft. Van de behandeling kan worden verwacht dat deze de spraakfunctie of het spraakvermogen herstelt of verbetert. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1 U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, medisch specialist of tandarts). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering aanspraak heeft op logopedie.
- 2 Laat u zich behandelen op school? Dan heeft u alleen aanspraak als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Soms bij gecontracteerde logopedisten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring nodig om aanspraak te hebben. Met een aantal gecontracteerde logopedisten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze logopedisten kunnen u behandelen zonder verwijzing. Dit noemen wij DTL (Directe Toegang Logopedie). Wilt u weten welke gecontracteerde zorgverleners DTL aanbieden? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker.

Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de behandeling? Dan is DTL niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer moet op de verklaring aangeven dat de behandeling aan huis moet plaatsvinden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde logopedist

Let op! Laat u zich behandelen door een logopedist die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke logopedisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde logopedisten vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

U heeft geen aanspraak op:

- a behandelingen die wij niet onder logopedie verstaan. Dit is de behandeling van dyslexie en van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect of anderstaligheid;
- b toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Vervoer

Artikel 19 Vervoer per ambulance of zittend ziekenvervoer

19.1 Vervoer per ambulance

U heeft aanspraak op de volgende vormen van ambulancevervoer:

- a besteld ambulancevervoer aangevraagd via de meldkamer ambulancezorg;
- b besteld ambulancevervoer aangevraagd via de Vervoerslijn (in geval wachtlijstvervoer).

Let op! Heeft u spoedeisend ambulancevervoer nodig? Dit wordt meestal aangemeld via 112, dan geldt dat u geen verwijzing nodig heeft. En wij hoeven ook niet vooraf toestemming te geven. Dit vervoer valt ook onder uw basisverzekering.

U heeft aanspraak op ambulancevervoer:

- a van en naar een zorgverlener of zorg verlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
- b naar een instelling waar u op kosten van de Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz onderzoek of een behandeling moet ondergaan;
- d vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
- e van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1 Bij besteld ambulancevervoer moet u zijn doorwezen door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Voor spoedeisend vervoer heeft u geen verwijzing nodig.
- 2 Voor besteld ambulancevervoer in geval van wachtlijstvervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 013 462 20 25. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u aanspraak heeft op vervoer. Ook bepaalt deze op welke vorm van vervoer u recht heeft.
- 3 U komt alleen in aanmerking voor vergoeding van kosten van ambulancevervoer, als zittend ziekenvervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- 4 U komt alleen in aanmerking voor vergoeding van vervoerskosten, als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

19.2 Zittend ziekenvervoer

U heeft aanspraak op:

- a zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,31 per kilometer bij vervoer per eigen auto. De aanspraak geldt voor verzekerden die:
 - nierdialyse ondergaan;
 - oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaan;
 - visueel gehandicapt zijn en zich zonder begeleiding niet kunnen verplaatsen;
 - rolstoelafhankelijk zijn.
- b vervoer van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

U heeft aanspraak op ziekenvervoer:

- a van en naar een zorgverlener of zorg verlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
- b naar een instelling waar u op kosten van de Wlz zult verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- c vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of een behandeling moet ondergaan;
- d vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
- e van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd taxibedrijf

Let op! Maakt u gebruik van een taxibedrijf waarmee wij geen contract hebben? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. Wilt u weten welke taxivoerders wij gecontracteerd hebben? Neem dan contact op met onze Vervoerslijn, telefoonnummer 013 462 20 25.

Eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer

Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 97,- per persoon per kalenderjaar.

Hardheidsclausule zittend ziekenvervoer

Als u niet onder bovenstaande criteria valt, kan er sprake zijn van aanspraak op basis van de hardheidsclausule. Ten eerste moet u dan langdurig aangewezen zijn op zittend ziekenvervoer, doordat u behandeld wordt voor een langdurige ziekte of aandoening. Ten tweede moet er sprake zijn van een onbillijkheid van overwegende aard, als wij het vervoer niet verstrekken. Wij bepalen of u hiervoor in aanmerking komt.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1 Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 013 462 20 25. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u aanspraak heeft op vervoer. Ook bepaalt deze op welke vorm van vervoer u recht heeft.
- 2 Het vervoer moet verband houden met zorg waar u vanuit uw basisverzekering aanspraak op heeft of die vanuit de Wlz wordt vergoed.
- 3 Is zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer, eigen auto of ambulance niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.
- 4 In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- 5 U komt alleen in aanmerking voor vergoeding van vervoerskosten, als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

Ziekenhuis, behandeling en verpleging

Artikel 20 Astmacentrum in Davos (Zwitserland)

Heeft u astma? Dan heeft u recht op vergoeding van kosten van behandeling in het Nederlands Astmacentrum in Davos.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een soortgelijke behandeling in Nederland heeft bij u geen succes gehad en wij vinden de behandeling in Davos doelmatig.
- 2 U moet zijn doorwezen door een longarts of kinderarts.
- 3 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 21 Erfelijkheidsonderzoek en -advies

Wilt u een erfelijkheidsonderzoek laten uitvoeren? Of wilt u zich laten adviseren? Dan heeft u hierop aanspraak in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. Deze zorg omvat:

- a onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
- b chromosoomonderzoek;
- c biochemische diagnostiek;
- d ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
- e erfelijkheidsadvies en psychosociale begeleiding die met deze zorg te maken heeft.

Als het noodzakelijk is voor advies aan u, onderzoekt het centrum ook andere personen dan uzelf. Het centrum kan dan ook die personen adviseren.

Voorwaarde voor aanspraak

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts of verloskundige.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener en/of beademingscentrum die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Artikel 22 Mechanische beademing

U heeft aanspraak op noodzakelijke mechanische beademing en medisch-specialistische zorg die hiermee samenhangt. De zorg kan plaatsvinden in een beademingscentrum of thuis.

Mechanische beademing thuis

Onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum mag de beademing thuis plaatsvinden. In dat geval:

- a** stelt het beademingscentrum voor elke behandeling de benodigde apparatuur gebruiksklaar beschikbaar;
- b** levert het beademingscentrum de medisch-specialistische zorg en bijbehorende farmaceutische zorg die te maken hebben met mechanische beademing.

Voorwaarde voor aanspraak

U moet zijn doorwezen door een longarts.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Artikel 23 Thuisdialyse

Ondergaat u een dialysebehandeling bij u thuis? Dan vergoeden wij de daarmee samenhangende kosten.

Het betreft:

- a** de nodige aanpassingen in en aan de woning en voor later herstel in de oorspronkelijke staat. Wij vergoeden alleen de aanpassingskosten die wij redelijk vinden. Ook vergoeden wij deze aanpassingskosten alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien;
- b** overige redelijke kosten die rechtstreeks met uw thuisdialyse samenhangen (zoals kosten voor elektriciteit en water). Ook hierbij vergoeden wij alleen als andere wettelijke regelingen hier niet in voorzien.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Hiervoor moet u een begroting van de kosten hebben ingediend.

Let op! De reguliere kosten voor thuisdialyse, zoals apparatuur, deskundige begeleiding, onderzoek en behandeling worden vergoed op basis van medisch specialistische zorg, zie hiervoor artikel 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering'.

Artikel 24 Transplantaties van organen en weefsels

Bij een orgaantransplantatie heeft u aanspraak op de volgende behandelingen:

- a** transplantatie van weefsels en organen in een ziekenhuis. De transplantatie moet plaatsvinden in:
 - een lidstaat van de Europese Unie;
 - een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
 - een andere staat. De donor moet dan wel woonachtig zijn in die staat en uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad zijn;
- b** transplantatie van weefsels en organen in een zelfstandig behandelcentrum dat daarvoor bevoegd is op grond van wet- en regelgeving;

Bij een voorgenomen orgaantransplantatie heeft u recht op vergoeding van de kosten van specialistische geneeskundige zorg die verband houdt met het:

- a** kiezen van de donor;
- b** operatief verwijderen van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c** onderzoeken, conserveren, verwijderen en vervoeren van het postmortale transplantatiemateriaal.

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

- a** zorg waar de donor volgens deze polis recht op heeft. De donor heeft hier recht op voor ten hoogste 13 weken, of een halfjaar als het om een levertransplantatie gaat, na de datum van ontslag uit het ziekenhuis. Dit moet het ziekenhuis zijn waarin de donor verbleef om het transplantatiemateriaal te selecteren of verwijderen. Daarnaast heeft u alleen recht op vergoeding van de kosten van de verleende zorg als deze verband houdt met dat verblijf;
- b** vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar vervoermiddel of, bij medische noodzaak, per auto. Het vervoer moet te maken hebben met selectie, verblijf en ontslag uit het ziekenhuis of met de zorg als bij punt a bedoeld;
- c** vervoer van en naar Nederland van een donor die woonachtig is in het buitenland. De donor heeft alleen aanspraak als u een nier-, beenmerg- of levertransplantatie ondergaat in Nederland. De donor heeft ook aanspraak op de overige transplantatiekosten die ermee te maken hebben dat de donor woonachtig is in het buitenland. Let op! Verblijfskosten in Nederland en eventuele misgelopen inkomsten horen hier niet bij.

Voor b en c geldt dat als de donor zelf een basisverzekering heeft afgesloten, het recht op vergoeding van de kosten van vervoer dan ten laste komt van de basisverzekering van de donor. Als de donor geen basisverzekering heeft, dan komen deze kosten ten laste van de basisverzekering van de ontvanger.

Voorwaarde voor aanspraak

Laat u de transplantatie plaatsvinden in een ziekenhuis? En is dit ziekenhuis niet door ons gecontracteerd? Dan moet u ons vooraf schriftelijk toestemming vragen. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum

Let op! Het is mogelijk dat wij een zelfstandig behandelcentrum niet hebben gecontracteerd. Ook is het mogelijk dat wij het zelfstandig behandelcentrum niet voor bepaalde aandoeningen hebben gecontracteerd. Laat u zich behandelen in een zelfstandig behandelcentrum dat wij niet (voor uw aandoening) hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zelfstandige behandelcentra wij een contract hebben en voor welke aandoeningen? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet (voor bepaalde aandoeningen) gecontracteerde zelfstandige behandelcentra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 25 Plastische chirurgie

U heeft aanspraak op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- a** afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b** verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c** 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;
- d** verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- e** de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - verminkingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
 - onbehandelbare smetten in huidplooien;
 - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
- f** primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard). Deze ingreep moet uitgevoerd worden door een zorgverlener met wie wij een contract hebben.

Als verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u aanspraak op deze zorg op basis van artikel 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering'.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- 2 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw basisverzekering vallen. U heeft geen aanspraak op de volgende ingrepen:

- a het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstampuatie;
- b het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- c liposuctie van de buik;
- d behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

Artikel 26 Revalidatie

U heeft aanspraak op medisch-specialistische revalidatie (26.1) en geriatrische revalidatie (26.2).

26.1 Medisch specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan heeft u hier aanspraak op. U heeft alleen aanspraak op medisch-specialistische revalidatie, als deze is aangewezen als doeltreffendste manier om uw handicap te voorkomen, verminderen of overwinnen. Ook moet uw handicap het gevolg zijn van:

- a stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;
- b een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in communicatie, cognitie of gedrag.

Door de revalidatie moet u een mate van zelfstandigheid bereiken of houden die redelijkerwijs met uw beperkingen mogelijk is.

Klinisch en niet-klinisch revalideren

U heeft aanspraak op niet-klinische revalidatie (deeltijd- of dagbehandeling). In een aantal gevallen, heeft u ook aanspraak op klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.

Op hoeveel dagen klinische verblijf heeft u aanspraak

Wordt u opgenomen? Dan heeft u aanspraak op een ononderbroken verblijf in een kliniek voor een periode van maximaal 3 jaar. Dit geldt ook voor overige verblijven in (psychiatrisch) ziekenhuizen. Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 3 jaar. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist;
- 2 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie

26.2 Geriatrische revalidatie

Komt u in aanmerking voor geriatrische revalidatie? Dan heeft u aanspraak op deze zorg. Geriatrische revalidatiezorg omvat integrale, multidisciplinaire revalidatiezorg. Het gaat om zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden, indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitsstoornissen of afname van de zelfredzaamheid en er (in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid) voor deze aandoening, sprake is van voorafgaande medisch specialistische zorg. Geriatrische revalidatie is gericht op het verbeteren van de functionele beperkingen. Het doel van de revalidatie is dat u terugkeert naar de thuissituatie.

De wet stelt de volgende voorwaarden voor deze zorg:

- 1 De zorg moet binnen 1 week aansluiten op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden.

-
- 2 Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg.
 - 3 De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering in een ziekenhuis of zorginstelling.

Op hoeveel dagen revalidatie heeft u aanspraak

U heeft aanspraak op geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 6 maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.
- 2 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatie zorg.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 27 Second opinion

Wilt u een second opinion? Dan vergoeden wij deze kosten voor u. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een tweede onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de eerste arts.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisverzekering.
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
- 3 De second opinion moet betrekking hebben op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is, en die uw eerste behandelaar met u heeft besproken.
- 4 Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw eerste behandelaar aan de tweede behandelaar.
- 5 U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisverzekering verzekerde behandeling.

Artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel 16, 17, en 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving aanspraak op verpleging en verzorging.

U heeft aanspraak op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Ben u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u alleen aanspraak als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

- a sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
- b 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf u verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Achmea Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor aanspraak

Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

- a U heeft volgens dit artikel geen aanspraak op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel 35 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering'.
- b U heeft geen aanspraak op verpleging en verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op verzorging en verpleging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Artikel 29 Medisch specialistische zorg, verpleging en verblijf

Heeft u medisch specialistische zorg en/of om die reden verblijf nodig? Dan heeft u aanspraak op deze zorg. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- 1 een ziekenhuis,
- 2 een zelfstandig behandelcentrum of
- 3 de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

De zorg bestaat uit:

- a medisch-specialistische zorg;
- b tijdens uw behandeling en eventuele verblijf: verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen;
- c uw verblijf in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de laagste klasse.

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

Voor sommige behandelingen bestaat tijdelijk recht op vergoeding

Van enkele behandelingen die onder medisch-specialistische zorg vallen, is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Wij mogen enkele van deze behandelingen tijdelijk al wel vergoeden. Het gaat om de volgende behandelingen:

- a **tot 1 januari 2016:** de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg, als bedoeld in artikel 2.2 lid 2 van de Regeling zorgverzekering;
- b **tot 1 januari 2017:** de behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg, als bedoeld in artikel 2.2 lid 2 van de Regeling zorgverzekering;
- c **tot 1 januari 2017:** de behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie (IAT) indien u deelneemt aan gerandomiseerde multicenterstudie 'Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands' (MR CLEAN) of aan observationeel onderzoek naar deze zorg, als bedoeld in artikel 2.2 lid 2 onder b van de Regeling zorgverzekering;

- d tot 1 januari 2018:** behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg, als bedoeld in artikel 2.2 lid 2 van de Regeling zorgverzekering;
- e tot 1 januari 2018:** het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg, als bedoeld in artikel 2.2 lid 2 van de Regeling zorgverzekering.

Let op! Omdat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bevoegd is viermaal per jaar behandelingen op basis van “voorwaardelijke toelating” toe te wijzen, is het mogelijk dat dit overzicht niet actueel is; het geeft de stand van zaken weer voor zover bekend op 1 oktober 2014. Er kunnen dan ook geen rechten aan worden ontleend. Kijkt u voor het meest actuele overzicht in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Deze kunt u vinden op <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/Hoofdstuk2/paragraaf1/paragraaf11/Artikel22>.

Op hoeveel dagen verblijf heeft u aanspraak

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u aanspraak op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 3 jaar.

De volgende vormen van verblijf tellen ook mee:

- a** verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- b** verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 3 jaar. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1** U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat of een andere medisch specialist.
- 2** Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- 3** De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- 4** Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen aanspraak als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- 5** Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

Let op! In de volgende artikelen van de ‘Aanspraken en vergoedingen van de Interpolis Basisverzekering’ zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt. Het gaat om de volgende artikelen:

Artikel 8	Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder
Artikel 13	Audiologisch centrum
Artikel 17	Psychiatrische ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)
Artikel 20	Astmacentrum in Davos
Artikel 21	Erfelijkheidsonderzoek en -advisering
Artikel 22	Mechanische beademing
Artikel 23	Thuisdialyse
Artikel 24	Transplantaties van organen en weefsels
Artikel 25	Plastische chirurgie
Artikel 26	Revalidatie
Artikel 30	Bevalling en verloskundige zorg
Artikel 31	IVF, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc.
Artikel 33	Oncologieonderzoek bij kinderen
Artikel 39	Trombosedienst

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Het is mogelijk dat wij een zorgverlener niet hebben gecontracteerd. Ook is het mogelijk dat wij een zorgverlener niet voor bepaalde aandoeningen hebben gecontracteerd. Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet (voor uw aandoening) hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben en voor welke aandoeningen? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet (voor bepaalde aandoeningen) gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

Aanspraken voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vallen niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke aanspraak u recht heeft voor de GGZ? Lees dan artikel 15 en 16 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering' over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrische ziekenhuisverblijf.

Zwanger (worden)/baby/kind

Artikel 30 Bevalling en verloskundige zorg

Bij de aanspraak op verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische noodzaak (30.1) en geen medische noodzaak (30.2).

30.1 Met medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben aanspraak op:

- a** verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.
Ontvangt u verloskundige zorg van een verloskundige in een ziekenhuis? Dan moet deze zorg onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist vallen;
- b** het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verloskundigen als zorg plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een verloskundige, in een ziekenhuis of geboortecentrum die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke verloskundigen, ziekenhuizen en geboortecentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde verloskundigen, ziekenhuizen en geboortecentra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

30.2 Zonder medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben aanspraak op:

- a** het gebruik van de verloskamer, als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 33,- per verblijfsdag (€ 16,50 voor de moeder en € 16,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 235,- per dag (€ 117,50 voor de moeder en € 117,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 33,- ook het bedrag dat boven de € 235,- per dag uitkomt;
- b** verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verloskundigen als zorg plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een verloskundige, in een ziekenhuis of geboortecentrum die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke verloskundigen, ziekenhuizen en geboortecentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde verloskundigen, ziekenhuizen en geboortecentra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 31 In-vitrofertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricatie

U heeft aanspraak op IVF (31.1), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (31.2), sperma invriezen (31.3) en eicelvitricatie (31.4).

31.1 IVF

Wilt u een IVF-behandeling? En bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u per te realiseren doorgaande zwangerschap aanspraak op de eerste, tweede en derde poging, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Wat wordt verstaan onder een IVF-poging tot zwangerschap

Een IVF-poging tot zwangerschap bestaat uit maximaal het opeenvolgend doorlopen van de volgende fasen:

- a** rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
- b** het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
- c** eicelbevruchting en opkweken van embryo's in het laboratorium;
- d** terugplaatsing van 1 of 2 ontstane embryo's in de baarmoederholte om zwangerschap te laten ontstaan. Bent u jonger dan 38 jaar? Dan mag bij de eerste en tweede poging maar 1 embryo worden teruggeplaatst.

Pas als de follikelpunctie geslaagd is (fase b), tellen wij de poging mee. Daarna tellen alle pogingen mee die worden afgebroken, voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt opnieuw als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF-poging waaruit zij zijn ontstaan, zolang er geen doorgaande zwangerschap is ontstaan. Als er na een doorgaande zwangerschap een ingevroren embryo wordt teruggeplaatst, dan geldt deze terugplaatsing als een eerste poging.

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

Wat wordt verstaan onder doorgaande zwangerschap

Er wordt onderscheid gemaakt tussen 2 verschillende vormen van doorgaande zwangerschap:

- a** fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie.
- b** zwangerschap na een IVF-behandeling van ten minste 10 weken vanaf de follikelpunctie nadat de niet-ingevroren embryo is teruggeplaatst. Of ten minste 9 weken en 3 dagen nadat de gevitricieerde embryo is teruggeplaatst.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1** De behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- 2** Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische verklaring nodig van uw behandelend arts.
- 3** Voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Maximum aanspraak voor geneesmiddelen

U heeft aanspraak op geneesmiddelen die nodig zijn voor een IVF-poging. Dit doen wij tot een bepaald maximum dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin u de maximale aanspraak van geneesmiddelen kunt opzoeken.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

U heeft geen aanspraak op geneesmiddelen die nodig zijn voor een vierde en volgende IVF-pogingen.

31.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u ook aanspraak op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Voorwaarden voor aanspraak

Voor aanspraak op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1 Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische verklaring nodig van uw behandelend arts.
- 2 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Maximum aanspraak voor geneesmiddelen

U heeft aanspraak op geneesmiddelen die nodig zijn voor een vruchtbaarheidsbehandeling. Dit doen wij tot een bepaald maximum dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin u de maximale aanspraak van geneesmiddelen kunt opzoeken.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

U heeft geen aanspraak op geneesmiddelen die nodig zijn voor een vierde en volgende IVF-pogingen.

31.3 Sperma invriezen

Ondergaat u een medisch-specialistische behandeling met onbedoelde onvruchtbaarheid als mogelijk gevolg? Dan heeft u aanspraak op het verzamelen, invriezen en bewaren van sperma.

De wet stelt hieraan de voorwaarde dat het invriezen van sperma onderdeel moet zijn van een medisch-specialistisch oncologisch zorgtraject. Het kan ook gaan om een vergelijkbare behandeling die niet-oncologisch is. Het moet gaan om:

- 1 een grote operatie aan of om uw geslachtsdelen;
- 2 een chemotherapeutische en/of radiotherapeutische behandeling waarbij uw geslachtsdelen in het stralingsgebied vallen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

31.4 Vitrificatie (invriezen) van menselijke eicellen en embryo's

Wilt u menselijke eicellen of embryo's laten vitrificeren? Dan heeft u aanspraak op vitrificatie bij de volgende medische indicaties:

- a** u ondergaat chemotherapie met risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis;
- b** u ondergaat een radiotherapeutische behandeling waarbij uw eierstokken in het stralingsveld liggen en hierdoor permanente schade kunnen oplopen;
- c** u ondergaat een operatie, waarbij op medische indicatie (grote delen van) uw beide eierstokken moeten worden verwijderd.

Ook aanspraak bij andere medische indicaties

Bij de volgende medische indicaties loopt u een verhoogd risico dat u vroegtijdig onvruchtbaar wordt. Wij spreken hiervan als er sprake is van premature ovariële insufficiëntie (poi) voordat u 40 jaar bent geworden. Ook dan heeft u aanspraak op het vitrificeren. Het gaat om medische indicaties die samenhangen met de volgende kenmerken van de vrouwelijke fertiliteit:

- a** het fragiele-X-syndroom;
- b** het turnersyndroom (XO);
- c** galactosemie.

Bij deze medische indicaties heeft u aanspraak op de volgende onderdelen van de behandeling:

- a** follikelstimulatie;
- b** eicelpunctie;
- c** vitrificeren van de eicellen.

Ook aanspraak bij IVF-gebonden indicatie

Tijdens een IVF-poging heeft u in sommige gevallen vanuit doelmatigheidsoverwegingen ook aanspraak op vitrificeren. De poging moet dan wel onder uw basisverzekering vallen. Het gaat om de volgende situaties:

- a** er is onverwacht geen sperma aanwezig van voldoende kwaliteit;
- b** er worden eicellen gevitriciseerd in plaats van embryo's.

Bij IVF-gebonden indicatie heeft u alleen aanspraak op het vitrificeren van eicellen.

Mogelijkheden na het vitrificeren van eicellen

Laat u na het vitrificeren uw eicellen weer ontdooien met als doel zwanger te worden? Dan bent u aangewezen op de fasen c en d van een IVF-poging (zie artikel 31.1 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering'). Let op! Bij terugplaatsing moet u jonger zijn dan 43 jaar.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1 Het vitrificeren moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- 2 Laat u zich behandelen in een ziekenhuis in het buitenland? Dan moeten wij u vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven.
- 3 Op basis van de genoemde indicaties heeft u alleen aanspraak op vitrificeren, als u jonger bent dan 43 jaar.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Maximum aanspraak voor geneesmiddelen

U heeft aanspraak op geneesmiddelen die nodig zijn voor het vitrificeren van eicellen. Dit doen wij tot een bepaald maximum dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin u de maximale aanspraak van geneesmiddelen kunt opzoeken.

Artikel 32 Kraamzorg

Vrouwelijke verzekerden hebben aanspraak op kraamzorg. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat kraamverzorgenden plegen te bieden.

Kraamzorg kan plaatsvinden:

a thuis of in een geboorte- of kraamcentrum

Voor kraamzorg thuis geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,15 per uur. Voor ligdagen in een geboorte- of kraamcentrum wordt maximaal 8 uur kraamzorg per ligdag in rekening gebracht. Hiervoor geldt ook een wettelijke eigen bijdrage van € 4,15 per uur.

b in het ziekenhuis

Verblijft u zonder medische indicatie in het ziekenhuis? Dan geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 33,- per (verblijf)dag (€ 16,50 voor de moeder en € 16,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 235,- per dag (€ 117,50 voor de moeder en € 117,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 33,- ook het bedrag dat boven de € 235,- per dag uitkomt. U heeft recht op maximaal 10 dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Als de moeder en het kind samen het ziekenhuis verlaten voordat deze 10 dagen verstreken zijn, dan bestaat er voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Voor dag 9 en 10 geldt dat deze alleen toegewezen kunnen worden op basis van een herindicatie door de verloskundige.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Hoeveel kraamzorg krijgt u?

Op hoeveel uur kraamzorg u recht heeft, hangt af van uw persoonlijke situatie na de bevalling. Het geboorte- of kraamcentrum stelt dit in goed overleg met u vast. Hierbij volgt het centrum het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. Op onze website vindt u het protocol en een toelichting op dit protocol.

Artikel 33 Oncologieonderzoek bij kinderen

Wij vergoeden de kosten van zorg van de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION). De SKION coördineert en registreert ingezonden lichaamsmateriaal en stelt de diagnose.

Artikel 34 Prenatale screening

U heeft als vrouwelijke verzekerde aanspraak op:

- a counseling waarbij u wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt;
- b het structureel echoscopisch onderzoek (SEO), ook wel de 20 wekenecho genoemd;
- c de combinatietest (nekplooiemeting in combinatie met een bloedonderzoek) naar aangeboren afwijkingen in het eerste trimester van de zwangerschap. U heeft aanspraak op deze zorg, als een huisarts, verloskundige of medisch specialist u heeft doorverwezen.
- d de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT). U heeft aanspraak op deze test, als u een medische indicatie of een positieve combinatietest heeft. Is de uitslag van de combinatietest 1:200 of groter? Dan spreken we van een positieve test.

Let op! De kosten van de NIPT zullen verrekend worden met uw eigen risico.

Voorwaarde voor aanspraak

De zorgverlener die de prenatale screening uitvoert, moet een WBO-vergunning hebben óf een samenwerkingsverband met een regionaal centrum met een WBO-vergunning hebben.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u een prenatale screening uitvoeren door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke verloskundigen, ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra wij een contract hebben om prenatale screening uit te voeren? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet voor prenatale screening gecontracteerde verloskundigen, ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Overig

Artikel 35 Dieetadvisering

U heeft aanspraak op 3 uur dieetadvisering door een diëtist. Dit is 3 uur per kalenderjaar. Dieetadvisering bestaat uit voorlichting en advies op het terrein van voeding en eetgewoonten. De dieetadvisering heeft een medisch doel. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat diëtisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1 U heeft een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering aanspraak heeft op dieetadvisering.
- 2 Laat u zich adviseren op school? Dan heeft u alleen aanspraak, als wij daarover afspraken hebben gemaakt met uw zorgverlener.

Soms bij gecontracteerde diëtisten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig om aanspraak te hebben. Met een aantal gecontracteerde diëtisten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze diëtisten kunnen u adviseren zonder verwijzing. Dit noemen wij DTD (Directe Toegang Diëtist). Via de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde diëtisten die DTD aanbieden.

Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de advisering? Dan is DTD niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer moet op de verklaring aangeven dat de advisering aan huis moet plaatsvinden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde diëtist

Let op! Laat u zich adviseren door een diëtist die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke diëtisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde diëtisten vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

U heeft geen aanspraak op toeslagen voor:

- a afspraken buiten reguliere werktijden;
- b niet-nagekomen afspraken;
- c eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten.

Artikel 36 Huisartsenzorg

U heeft aanspraak op geneeskundige zorg verleend door een huisarts. Een zorgverlener die onder zijn verantwoordelijkheid werkzaam is, kan de zorg ook verlenen. Als een huisarts het aanvraagt, heeft u ook aanspraak op röntgen- en laboratoriumonderzoek. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat huisartsen als zorg plegen te bieden.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde huisarts

Let op! Laat u zich behandelen door een huisarts die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke huisartsen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde huisartsen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 37 Ketenzorg bij diabetes mellitus type 2, COPD, astma en/of VRM

U heeft aanspraak op ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder), COPD, astma of vasculair risicomanagement (VRM) als wij hierover met een zorggroep afspraken hebben gemaakt. Bij ketenzorg staat de patiënt met chronische aandoening centraal, zorgverleners van verschillende disciplines hebben een rol in het zorgprogramma. Momenteel hebben wij ketenzorg ingekocht voor COPD, diabetes mellitus type 2, astma of VRM. De inhoud van deze programma's is afgestemd op de zorgstandaard Diabetes mellitus, de zorgstandaard COPD, de zorgstandaard Astma of de zorgstandaard VRM.

Aanspraak bij niet-gecontracteerde zorggroep

Let op! Maakt u gebruik van ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 (voor verzekerden van 18 jaar en ouder), COPD, astma of VRM via een zorggroep die wij niet hebben gecontracteerd? Of heeft u diabetes mellitus type 2 en bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u aanspraak op alleen de zorg zoals huisartsen, diëtisten en medisch specialisten die plegen te bieden. Dat is de zorg zoals die is omschreven in artikel 29, 35 en 36 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering'. Daarnaast heeft u bij diabetes mellitus type 2 aanspraak op voetzorg zoals omschreven in artikel 2 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering'.

Wilt u weten met welke zorggroepen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker.

Artikel 38 Stoppen-met-rokenprogramma

U heeft maximaal 1 keer per kalenderjaar aanspraak op een stoppen-met-rokenprogramma dat als doel heeft te stoppen met roken. Dit stoppen-met-rokenprogramma moet bestaan uit geneeskundige en eventuele farmacotherapeutische interventies die gedragsverandering ondersteunen met als doel stoppen met roken. Het gaat hierbij om ondersteuning zoals huisartsen, medisch specialisten of klinisch psychologen die plegen te bieden.

Voorwaarden voor aanspraak

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een medisch specialist.
- 2 Farmacotherapie met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline, bupropion en varenicline wordt uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 39 Trombosedienst

Heeft u te maken met trombose? Dan heeft u aanspraak op zorg van een trombosedienst. De zorg houdt in dat de dienst:

- a regelmatig bloedmonsters afneemt;
- b de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken verricht om de stollingstijd van uw bloed te bepalen. De trombosedienst kan deze onderzoeken ook door een ander laten verrichten. De trombosedienst blijft verantwoordelijk;
- c apparatuur en toebehoren aan u ter beschikking stelt om zelf de stollingstijd van uw bloed te meten;
- d u opleidt om deze apparatuur te gebruiken en u begeleidt bij uw metingen;
- e u adviseert over het gebruik van geneesmiddelen om uw bloedstolling te beïnvloeden.

Voorwaarde voor aanspraak

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een medisch specialist.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Laat u zich behandelen door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden die gelden voor de Interpolis Basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzondering hierop is artikel 1.1 lid a-c (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op).

Dit artikel uit de algemene voorwaarden van de Interpolis Basisverzekering is dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

Daarnaast zijn er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

Artikel 1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op de Interpolis Basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt ook op onze website het aanvraagformulier invullen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1 van deze algemene voorwaarden.

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag als:

- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de algemene voorwaarden Interpolis Basisverzekering;
- uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen.

1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kinderen afsluiten. De aanvullende verzekering is voor kinderen jonger dan 18 jaar gratis. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

Let op! Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert.

Artikel 2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat, niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de Vergoedingen ZorgActief aanvulling. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel 15 van de algemene voorwaarden van de Interpolis Basisverzekering van toepassing bij zorg in het buitenland.

Let op! Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 5 van de Vergoedingen ZorgActief aanvulling. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- a** vanuit de Interpolis Basisverzekering verstrekte lagere vergoedingen, omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg;
- b** kosten die met het eigen risico van de Interpolis Basisverzekering zijn verrekend, tenzij een collectieve aanvullende verzekering bij ons is afgesloten die het verplicht of vrijwillig gekozen eigen risico vergoedt;
- c** wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.

Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekeringen indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekeringen niet zou hebben bestaan.

2.4 Kosten die voortvloeien uit terrorisme

Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekeringen maximaal de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op terrorismeverzekerd.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

2.5 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

Heeft u meerdere verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden wij de nota's die u bij ons indient achtereenvolgens vanuit:

- de Interpolis Basisverzekering;
- de GebitActief aanvullingen;
- de ZorgActief aanvulling;
- de Studentenaanvulling Collectief of CollectiefMeer of MeerHockey.

Artikel 3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?

Uw verplicht eigen risico en uw eventuele vrijwillig gekozen eigen risico zijn alleen van toepassing op de Interpolis Basisverzekering. Voor de aanvullende verzekeringen geldt dus geen eigen risico voor de vergoedingen.

Artikel 4 Wat betaalt u?

4.1 Hoogte van uw premie

Hoeveel premie u betaalt, hangt af van uw leeftijd. Stijgt uw premie doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt? Dan wijzigt de premie op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin u die leeftijd bereikt.

Heeft één van de ouders bij ons een ZorgActief aanvulling afgesloten? Dan is de persoon jonger dan 18 jaar die is meeverzekerd, geen premie verschuldigd voor de ZorgActief aanvulling.

4.2 Als u de premie niet op tijd betaalt

Betaalt u (verzekeringnemer) uw premie niet op tijd? Dan gebeurt in aanvulling op artikel 9 en 10 van de algemene voorwaarden van de Interpolis Basisverzekering het volgende. Wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en), als u (verzekeringnemer) uw premie niet betaalt binnen de gestelde betalingstermijn in onze tweede schriftelijke aanmaning. Uw recht op vergoeding vervalt dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand nadat de genoemde betalingstermijn is verstreken. De betalingsplicht blijft bestaan.

Is uw premieachterstand voldaan? Dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar opnieuw een aanvullende verzekering afsluiten. Hier kan wel een medische beoordeling aan voorafgaan.

Artikel 5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

5.1 Wij kunnen uw premie en/of voorwaarden wijzigen

Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc of groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging voeren wij door op een datum die wij vaststellen. Deze wijzigingen gelden voor uw verzekering(en), ook als u al verzekerd was.

5.2 Als u niet akkoord gaat met de wijzigingen

Gaat u niet akkoord met de hogere premie of de beperking van de voorwaarden? Stuur ons dan een brief of e-mail binnen 30 dagen nadat wij de wijziging bekend hebben gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de premie en/of voorwaarden wijzigen.

5.3 Soms is opzeggen na wijzigingen niet mogelijk

In een aantal gevallen kunt u niet tussentijds opzeggen, als wij de premie en/of voorwaarden aanpassen. Namelijk als:

- de premieverhoging en/of de beperkingen van de voorwaarden en/of vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
- uw premie stijgt, doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt.

In deze gevallen geldt voor beëindigen de procedure zoals omschreven in artikel 7 van deze algemene voorwaarden.

Artikel 6 Wanneer gaat uw aanvullende verzekering in? En hoe wijzigt u deze?

6.1 Uw aanvullende verzekering gaat in op 1 januari

U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende Interpolis Basisverzekering uitbreiden met een aanvullende verzekering. Dit kan tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. U sluit deze aanvullende verzekering dan, met terugwerkende kracht, af per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan.

6.2 Uw aanvullende verzekering wijzigen

Wilt u (verzekeringnemer) een al bij ons lopende aanvullende verzekering wijzigen? Dan kan dat tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. Wij wijzigen uw verzekering dan, met terugwerkende kracht, per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan.

Heeft u (verzekeringnemer) een lopende aanvullende verzekering gewijzigd? Dan tellen de door u ontvangen vergoedingen mee voor uw nieuwe aanvullende verzekering. Dit geldt voor zowel de termijnen van de zorgaanspraken als het bepalen van de (maximum) vergoeding.

Artikel 7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw aanvullende verzekering beëindigen:

- a** Door een brief of e-mail te sturen waarin u uw aanvullende verzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De aanvullende verzekering eindigt dan op 1 januari van het volgende jaar. Heeft u opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- b** Door gebruik te maken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een aanvullende verzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering op. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat aangeven op het aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

Artikel 8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering op een door ons te bepalen tijdstip. Dit is zowel de aanvullende verzekering van uzelf als die van de verzekerden die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd. Dit doen wij als u (verzekeringnemer) de verschuldigde bedragen niet heeft betaald binnen de betalingstermijn die wij hiervoor in onze tweede schriftelijke aanmaning hebben gesteld.

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering op een door ons te bepalen tijdstip als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen besluiten de aanvullende verzekering niet langer te voeren.

Daarnaast beëindigen wij uw aanvullende verzekering met onmiddellijke ingang in de volgende gevallen:

- a als u niet op tijd voldoet aan een verzoek om inlichtingen (eventueel schriftelijk), terwijl die inlichtingen nodig zijn om de aanvullende verzekering goed uit te voeren.
- b als achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld. Of als blijkt dat u omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang zijn.
- c als u fraude pleegt en dit is aangetoond. Wat wij onder fraude verstaan, staat in artikel 20 van de algemene voorwaarden Interpolis Basisverzekering.

Let op! Op het moment dat uw deelname aan een collectiviteit wordt beëindigd, vervallen, naast de collectiviteitskorting, ook de overige voordelen. Dit zijn bijvoorbeeld extra vergoedingen die uit de collectiviteit voortkomen.

Artikel 9 Hoe gaan wij om met materiële controle?

Wij onderzoeken de rechtmatigheid en doelmatigheid van ingediende declaraties. Bij rechtmatigheid controleren wij of de zorgverlener de prestatie ook daadwerkelijk heeft geleverd. Bij doelmatigheid controleren wij of de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie is gezien uw gezondheidstoestand. In dit onderzoek houden wij ons aan dat wat hierover voor de Interpolis Basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

Artikel 10 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze voorwaarden voor de aanvullende verzekeringen staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Aanvullende verzekering

De aanvullende verzekeringen die u heeft afgesloten als aanvulling op uw Interpolis Basisverzekering. Dit zijn:

- de GebitActief aanvullingen;
- de ZorgActief aanvulling;
- de Studentenaanvulling Collectief of CollectiefMeer of MeerHockey.

Mantelzorger

Degene die onbetaald, langdurig en/of intensief zorgt voor een chronisch ziek(e), gehandicapt(e) of hulpbehoevend(e) partner, ouder, kind of ander familielid.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zorgverzekeraar

Achmea Zorgverzekeringen N.V. is de zorgverzekeraar voor uw aanvullende verzekeringen. Die voert de aanvullende verzekeringen dus voor u uit. Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij de Kamer van Koophandel (KvK) onder nummer 28080300 en bij de AFM onder nummer 12000647.

Vergoedingen aanvullende verzekeringen

U kunt bij ons verschillende aanvullende verzekeringen afsluiten. Op uw polisblad ziet u welke verzekeringen u heeft afgesloten. Hieronder vindt u de zorg die in de verschillende aanvullende verzekeringen is opgenomen. Bij iedere vorm van zorg is aangegeven welk deel van de zorg verzekerd is en hoe hoog de vergoeding is. Ook leest u hieronder welke voorwaarden gelden voor de vergoeding. Kunt u niet vinden wat u zoekt? Kijk dan eerst in het alfabetisch overzicht aanspraken en vergoedingen vanaf pagina 94.

Vergoedingen ZorgActief aanvulling

Botten, spieren en gewrichten

Artikel 1 Beweegzorg

Wij vergoeden de kosten van consulten of behandelingen van osteopathie, chiropractie en (ortho)manuele therapie.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij vergoeden alleen consulten of behandelingen die vallen onder het specifieke gebied waarvoor de beroepsvereniging in het onderstaand overzicht is opgenomen. Uw therapeut moet zijn aangesloten bij een van de volgende beroepsverenigingen:
 - Osteopathie: Nederlandse Osteopathie Federatie (NOF), Nederlands Register voor Osteopathie (NRO), Nederlandse Vereniging voor Osteopathie (NVO)
 - Chiropractie: Christelijke Chiropractoren Associatie (CCA), Dutch Chiropractic Federation (DCF), Nederlandse Chiropractie Associatie (NCA), Stichting Chiropractie Nederland (SCN)
 - (Ortho)Manuele therapie: Nederlandse Vereniging van artsen voor OrthoManuele Geneeskunde (NVOMG/ROMG), Van Dixhoorn Vereniging voor Adem- en Ontspanningstherapie (VDV), Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT)
- 2 Het consult moet plaatsvinden in het kader van een medische behandeling.
- 3 Het consult is op individuele basis; het is dus alleen voor u.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a zorg als uw therapeut ook uw huisarts is;
- b (laboratorium)onderzoek;
- c manuele therapie die een fysiotherapeut geeft;
- d behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;
- e werk- of schoolgerelateerde coaching.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen vergoeding
MeerZeker	maximaal € 40,- per dag tot maximaal € 440,- per persoon per kalenderjaar.
ZonderZorgen	maximaal € 40,- per dag tot maximaal € 640,- per persoon per kalenderjaar.

Artikel 2 Orthopedische geneeskunde

Bezoekt u een orthopedisch geneeskundige? Dan vergoeden wij de kosten van diagnostiek en behandeling van aandoeningen van uw bewegingsapparaat zonder dat u wordt geopereerd.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts.
- 2 De orthopedisch geneeskundige moet zijn aangesloten bij de Vereniging van Artsen voor Orthopedische Geneeskunde (VAOG) of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze vereniging.

Wordt u behandeld door een orthopeed? Dan valt de behandeling onder medisch-specialistische zorg. Dit betekent dat voor de kosten van deze behandeling de vergoeding uit de basisverzekering geldt (zie artikel 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis basisverzekering').

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
ZonderZorgen	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 3 Pedicurezorg bij reuma of diabetes

3.1 Pedicurezorg bij reuma

Heeft u reuma? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een pedicure.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is in verband met de medische indicatie reumatische voet.
- 2 De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'reumatische voet' (RV) of als medisch pedicure (MP).
- 3 Gaat het om een (pedicure-)chiropridist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- 4 Op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
- b het knippen van nagels zonder medische reden.

3.2 Pedicurezorg bij diabetes

Heeft u diabetes? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een pedicure.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet 1 keer een verklaring van een huisartsinternist of specialist ouderengeneeskunde aan de pedicure geven. Uit deze verklaring moet blijken dat u valt onder Zorgprofiel 1.
- 2 De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'diabetische voet' (DV) of als medisch pedicure (MP).
- 3 Gaat het om een (pedicure-)chiropridist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- 4 Op de nota moet de zorgverlener het Zorgprofiel vermelden. Ook moet op de nota staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a voetonderzoek. Dit valt, vanaf Zorgprofiel 1, onder de basisverzekering (zie de artikelen 2 en 40 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering');
- b behandelingen, vanaf Zorgprofiel 2. Deze vallen onder de basisverzekering (zie de artikelen 2 en 40 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering');
- c het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
- d het knippen van nagels zonder medische reden.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar voor de artikelen 3.1 en 3.2 samen

Buitenland

Artikel 4 Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)

Wij vergoeden de kosten van:

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

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Het ziekenvervoer moet voortvloeien uit spoedeisende zorg in het buitenland.
- 2 Eurocross Assistance moet vooraf toestemming hebben gegeven.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	100%
MeerZeker	100%
ZonderZorgen	100%

Artikel 5 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Het gaat daarbij om spoedeisende zorg in het buitenland (5.1), spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland (5.2), vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (5.3), overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (5.4) en Best Doctors (5.5). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

5.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de kosten voor:

- a behandelingen door een huisarts of medisch specialist;
- b ziekenhuisopname en operatie;
- c behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven;
- d medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- e tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Let op! Wij vergoeden tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen, als u een Gebit Actief aanvulling heeft. Die kosten vallen onder deze verzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de Interpolis Basisverzekering zouden vergoeden.
- 2 U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via Eurocross Assistance.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
MeerZeker	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
ZonderZorgen	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van 365 dagen

5.2 Spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen in het buitenland bij spoedeisende zorg. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit de Interpolis Basisverzekering maar wel zijn voorgeschreven door een arts.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts.
- 2 Er moet sprake zijn van spoedeisende zorg in het buitenland.
- 3 Een apotheekhoudende moet de geneesmiddelen leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
- b dieetpreparaten en drinkvoeding;
- c verbandmiddelen;
- d vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland;
- e anticonceptiva;
- f homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
MeerZeker	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
ZonderZorgen	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

5.3 Vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland

Wij vergoeden de kosten van vervoer vanuit Nederland bij ziekenhuisopname via onze afdeling Zorgbemiddeling in een zorginstelling in België of Duitsland en van hieruit terug naar Nederland. Wij vergoeden de kosten van taxivervoer, van vervoer per eigen auto en van openbaar vervoer.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
- 2 Er moet sprake zijn van wachttijdverkortung.
- 3 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u recht heeft. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is 013 462 20 25.
- 4 U moet gebruikmaken van gecontracteerd taxivervoer.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	gecontracteerd taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,31 per kilometer
MeerZeker	gecontracteerd taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,31 per kilometer
ZonderZorgen	gecontracteerd taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,31 per kilometer

5.4 Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland

Wordt u vanuit Nederland voor zorg opgenomen in een buitenlandse zorginstelling op grond van artikel 5.3 van de vergoedingen ZorgActief aanvulling? Dan vergoeden wij voor uw gezinsleden:

- a de overnachtingskosten in een gasthuis dat in de nabijheid van het ziekenhuis ligt;
- b een kilometervergoeding bij vervoer per eigen auto, openbaar vervoer of taxivervoer van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarde voor vergoeding

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

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	overnachtungskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen; eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer € 0,31 per kilometer. Wij vergoeden maximaal voor 700 kilometer per opname.
MeerZeker	overnachtungskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen; eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer € 0,31 per kilometer. Wij vergoeden maximaal voor 700 kilometer per opname.

ZonderZorgen overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen; eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer € 0,31 per kilometer. Wij vergoeden maximaal voor 700 kilometer per opname.

5.5. Best Doctors

Wij vergoeden de volgende 2 diensten van Best Doctors:

5.5.1 InterConsultation

Naast de mogelijkheid van een second opinion uit de basisverzekering, kunt u kiezen voor een second opinion door Best Doctors (internationale specialisten). De beoordeling vindt plaats op basis van uw medisch dossier, u wordt niet door Best Doctors onderzocht.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet deze second opinion vooraf telefonisch aanvragen bij de ZorgActief Lijn via telefoonnummer 013 462 20 25.

5.5.2 AskTheExpert

De mogelijkheid om aanvullende, medische informatie te ontvangen van erkende deskundigen (internationale specialisten). Het medisch team van Best Doctors bekijkt of u in uw situatie voor AskTheExpert in aanmerking komt. U kunt hiervoor telefonisch contact opnemen met de ZorgActief Lijn via telefoonnummer 013 462 20 25.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	100%
MeerZeker	100%
ZonderZorgen	100%

Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of oefentherapeut voor verzekerden van 18 jaar en ouder (6.1) en voor verzekerden tot 18 jaar (6.2). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

Artikel 6 Fysiotherapie en oefentherapie

6.1 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook, als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Heeft u vanuit de basisverzekering aanspraak op fysiotherapie of oefentherapie? Dan worden de eerste 20 behandelingen per aandoening niet vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.1 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basiverzekering'). De vergoeding uit deze aanvullende verzekering geldt dan voor deze eerste 20 behandelingen.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Voorwaarden voor delen van behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie (alleen mogelijk bij de aanvullende verzekering MeerZeker)

1. Heeft u de aanvullende verzekering MeerZeker afgesloten? En heeft u meeverzekerde gezinsleden van 18 jaar of ouder die ook de aanvullende verzekering MeerZeker hebben afgesloten? Dan kunt u uw behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie delen met het oudste meeverzekerde gezinslid. U heeft dan samen recht op maximaal 24 behandelingen per kalenderjaar.
2. Het delen van behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie kan alleen als u (verzekeringnemer) en het gezinslid waarmee u deelt beiden een volledig kalenderjaar verzekerd zijn met de aanvullende verzekering MeerZeker.
3. Wilt u tijdens een kalenderjaar stoppen met het delen van de behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie? Dan kan dat alleen bij verzelfstandiging van de polis. Het delen van de behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie wordt dan, met terugwerkende kracht, beëindigd.

Als blijkt dat u of het gezinslid waarmee u de behandelingen deelde meer dan 12 behandelingen vergoed heeft gekregen, vorderen wij de kosten vanaf de 13de behandeling bij u (verzekeringnemer) terug.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde therapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke huidtherapeuten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie). Via de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie en oefentherapeuten die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Bij DTF of DTO doet de fysiotherapeut of oefentherapeut descreening; deze geldt als 1 behandeling. De intake en het onderzoek na deze screening gelden samen ook als 1 behandeling. In totaal kost dit u dus 2 behandelingen. Bij een PlusPraktijk gelden de screening, de intake en het onderzoek na deze screening samen slechts als 1 behandeling.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a** een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b** zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c** toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d** verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt;

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer maximaal 6 behandelingen per persoon per kalenderjaar. Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

MeerZeker maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar. Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

of

als u de behandelingen fysiotherapie en/of oefentherapie deelt:

maximaal 24 behandelingen per 2 personen per kalenderjaar. Vergoeding van behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener (maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief)

ZonderZorgen maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar. Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

6.2 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook, als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

Heeft u vanuit de basisverzekering aanspraak op fysiotherapie of oefentherapie? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.2 van de Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering).

Voorwaarde voor vergoeding

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde therapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke huidtherapeuten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen u behandelen zonder verklaring van de verwijzer. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie). Via de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker vindt u de gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie en oefentherapeuten die DTF of DTO aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

Bij DTF of DTO doet de fysiotherapeut of oefentherapeut de screening; deze geldt als 1 behandeling. De intake en het onderzoek na deze screening gelden samen ook als 1 behandeling. In totaal kost dit u dus 2 behandelingen. Bij een PlusPraktijk gelden de screening, de intake en het onderzoek na deze screening samen slechts als 1 behandeling.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a** een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b** zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c** toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d** verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt;

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	onbeperkt aantal behandelingen, als u wordt behandeld door een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd. Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 6 behandelingen per persoon per kalenderjaar (en maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief).
MeerZeker	onbeperkt aantal behandelingen, als u wordt behandeld door een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd. Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar (en maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief).
ZonderZorgen	onbeperkt aantal behandelingen, als u wordt behandeld door een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd. Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar (en maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief).

Huid

Artikel 7 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van:

- a acnébehandeling (in het gezicht) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- b camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- c elektrische epilatie en Intense Pulsed Lightbehandelingen (IPL-behandelingen) bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichtsbehandling hebben, door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut;
- d laserepilatiebehandelingen bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichtsbehandling hebben, door een huidtherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- 2 De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van cosmetische middelen.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar

Hulpmiddelen

Artikel 8 Hulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van hulpmiddelen of de kosten van de eigen bijdrage voor deze hulpmiddelen. Hieronder leest u om welke hulpmiddelen het gaat en welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

8.1 Eigen bijdrage pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor pruiken.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een pruik vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering').

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	maximaal € 75,50 per persoon per kalenderjaar

8.2 Toupim of hoofdbedekking bij een medische behandeling of alopecia (haarverlies)

Wij vergoeden de kosten van hoofdbedekking of een toupim (pruik aan een haarband) bij verzekerden met alopecia (haarverlies) of (tijdelijk) haarverlies door chemotherapie of een andere medische behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

Een huisarts of medisch specialist moet u een verklaring hebben gegeven. Uit deze verklaring moet blijken dat sprake is van de medische indicatie alopecia (haarverlies) of (tijdelijk) haarverlies in verband met chemotherapie of een andere medische behandeling.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

- a** Wij vergoeden op grond van dit artikel niet de kosten van de aanschaf van een pruik met uitzondering van de toupim.
- b** Wij vergoeden niet de kosten van een hoofdbedekking of een toupim voor verzekerden met alopecia androgenetica (klassieke mannelijke kaalheid).

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	1 keer per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 150,-

8.3 Persoonlijke alarmeringsapparatuur op medische indicatie

8.3.1 Persoonlijke Alarmeringsapparatuur via een door ons gecontracteerde leverancier

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van persoonlijke alarmeringsapparatuur via een door ons gecontracteerde leverancier. U kunt rechtstreeks contact opnemen met de gecontracteerde leverancier. Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering').

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	100%

8.3.2 Persoonlijke Alarmeringsapparatuur via een niet-gecontracteerde leverancier

Gebruikt u persoonlijke alarmeringsapparatuur via een leverancier die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij (een deel van) de abonnementskosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1** U moet recht hebben op vergoeding van de kosten van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering').
- 2** U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. De ZorgActief Lijn bepaalt of u recht heeft op vergoeding van (een deel van) de abonnementskosten.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	maximaal € 35,- per kalenderjaar

8.4 Plakstrips mammaprothese

Draagt u na borstamputatie een uitwendige mammaprothese? Dan vergoeden wij de kosten van plakstrips om deze prothese mee te bevestigen.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	100%

8.5 Kunsttepel of mamillaprothese (maatwerktepelprothese)

Wij vergoeden de kosten van een zelfklevende tepel die door vrouwen gebruikt kan worden op een borst- of een deelprothese. Dit is ook bedoeld voor vrouwen met een borstreconstructie, die wachten op een permanente tepelreconstructie.

Wij vergoeden een mamillaprothese (maatwerktepelprothese) als deze prothese niet onder de vergoedingsregeling van de basisverzekering valt.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	100%

8.6 Steunpessarium

Wij vergoeden de kosten van een steunpessarium, die u gebruikt om een blaas- of baarmoederverzakking te voorkomen of te verlichten.

Voorwaarde voor vergoeding

Uw huisarts moet het steunpessarium leveren.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	100%

8.7 Trans-therapie

Wij vergoeden de kosten van huur van de apparatuur voor Trans-therapie, als u deze apparatuur gebruikt voor de behandeling van incontinentie.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een arts, bekkenbodempysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De apparatuur moet worden geleverd door een leverancier die wij gecontracteerd hebben. Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	100%

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Artikel 9 Farmaceutische zorg

Wij vergoeden de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor farmaceutische zorg (9.1). Ook vergoeden wij de kosten van sommige geneesmiddelen: anticonceptiva (9.2) en geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden (9.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

9.1 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

Sommige medicijnen betaalt u deels zelf en vergoeden wij deels vanuit de basisverzekering. Het deel dat u zelf moet betalen, is de wettelijke eigen bijdrage. Wij vergoeden deze wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), als het gaat om farmaceutische zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering of de aanvullende verzekering. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Moet u een eigen bijdrage betalen, omdat u het maximum overschrijdt van de maximale vergoedingen voor de (deel)prestaties farmacie geneesmiddelen en dieetpreparaten? Dan vergoeden wij deze eigen bijdrage niet.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar

9.2 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor deze geneesmiddelen gelden de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een huisarts of medisch specialist moet het anticonceptiemiddel hebben voorgeschreven.
- 2 Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van een huisarts of medisch specialist noodzakelijk.
- 3 Het anticonceptiemiddel moet voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Het anticonceptiemiddel moet geleverd worden door een apotheekhoudende die wij gecontracteerd hebben. Wilt u weten met welke apotheekhoudenden wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS). Alleen als u de ZorgActief aanvulling ZonderZorgen heeft afgesloten, worden deze kosten (deels) vergoed vanuit artikel 9.1 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS).
- b anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies).

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	100%
ZonderZorgen	100%

9.3 Geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden

Wij vergoeden de kosten van een beperkt aantal geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vergoed worden vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de geneesmiddelen en apotheekbereidingen in één van de volgende gevallen:

- a als ze niet, niet meer of nog niet in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) voor vergoeding zijn opgenomen;
- b als apotheekbereidingen niet vanuit de basisverzekering vergoed worden.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- 2 Er is in uw situatie geen vergoedbaar alternatief.
- 3 Het geneesmiddel moet worden gebruikt bij een aandoening die, in combinatie met dat geneesmiddel, voorkomt op een lijst die wij hebben opgesteld. Op deze lijst staan geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen in combinatie met aandoeningen. Deze kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een medisch specialist of een huisarts met wie wij een contract hebben. Daarnaast moet het geneesmiddel zijn geleverd door een apotheekhoudende die wij hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke zorgverleners en apotheekhoudenden wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	maximaal € 800,- per persoon per kalenderjaar

Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticipers, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen 10 en 11 gaan wij hierop in. Heeft u ook een tandartsverzekering afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten eerst vanuit de Gebit Actief aanvulling en daarna vanuit de ZorgActief aanvulling, wanneer deze kosten bij beide verzekeringen voor vergoeding in aanmerking komen.

Artikel 10 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A'.

Voorwaarde voor vergoeding

Een orthodontist of tandarts moet de behandeling uitvoeren of de second opinion geven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	90% tot maximaal € 2.000,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
ZonderZorgen	90% tot maximaal € 2.000,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten

Aan verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarde voor vergoeding

Een tandarts of kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	maximaal € 225,- per persoon per kalenderjaar
MeerZeker	maximaal € 450,- per persoon per kalenderjaar
ZonderZorgen	maximaal € 450,- per persoon per kalenderjaar

Let op! De kosten van orthodontie worden vergoed vanuit artikel 10 van deze polisvoorwaarden.

Ogen en oren

Artikel 12 Ooglaseren en lensimplantatie

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserbehandeling en/of de kosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij lensimplantatie.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De oogarts die de behandeling uitvoert, moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG) of voldoen aan de kwaliteitseisen van dit genootschap. **Let op!** In het register van het NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft echter alleen recht op vergoeding, als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.
- 2 Als u recht heeft op vergoeding van lensimplantatie vanuit de basisverzekering geldt deze vergoeding voor de meerkosten.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	maximaal € 500,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 13 Plastische en cosmetische chirurgie

In dit artikel leest u de voorwaarden voor de vergoeding van de kosten van correctie van de bovenoogleden (13.1) en correctie van de oorstand voor verzekerden tot 18 jaar (13.2).

13.1 Correctie van de bovenoogleden (met medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van plastisch chirurgische correctie van bovenoogleden, als er sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en de correctie niet onder de vergoedingsregeling van de basisverzekering valt.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet uw bovenoogleden laten corrigeren door een zorgverlener die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	100%
ZonderZorgen	100%

13.2 Correctie van de oorstand voor verzekerden tot 18 jaar (zonder medische indicatie)

Wij vergoeden voor verzekerden tot 18 jaar de kosten van cosmetisch chirurgische correctie van de oorstand.

Voorwaarde voor vergoeding

Een medisch specialist moet de ingreep uitvoeren.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De correctie van de oorstand moet uitgevoerd worden door een zorgverlener die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	100%
ZonderZorgen	100%

Spreken en lezen

Artikel 14 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie. U laat zich behandelen voor stottertherapie volgens:

- a** de methode van het Del Ferro Instituut in Amsterdam;
- b** de Hausdörfermethode van het Instituut 'Natuurlijk Spreken' in Winterswijk;
- c** de BOMA-methode in het instituut 'De Pauw' in Harlingen;
- d** het McGuire-stotterprogramma.

Voorwaarde voor vergoeding

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

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	maximaal € 225,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
ZonderZorgen	maximaal € 450,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Vervoer

Artikel 15 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van zittend ziekenvervoer, als en voor zover het voor u om medische redenen niet mogelijk is gebruik te maken van openbaar vervoer. De vergoeding geldt voor verzekerden die geen recht hebben op vergoeding van vervoer op grond van artikel 19 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering'.

Wij vergoeden de kosten van (meerpersoons) taxivervoer of eigen vervoer per auto, zowel naar als van:

- a** een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname;
- b** een ziekenhuis voor poliklinische behandeling of onderzoek op verzoek van een medisch specialist;
- c** de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;
- d** een orthopedisch-instrumentmaker om uw prothese aan te passen;
- e** een inrichting waarin u bent opgenomen en/of wordt behandeld ten laste van de Wlz.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- 1** U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u recht heeft. Het telefoonnummer van de vervoerslijn is 013 462 20 25.
- 2** U moet vervoerd worden voor zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering, de Wlz of uw aanvullende verzekering.
- 3** U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg, die nodig is, geleverd kan worden, tenzij u dit anders met ons bent overeengekomen.
- 4** U mag niet meer dan 200 kilometer van de zorgverlener af wonen, tenzij u dit anders met ons bent overeengekomen.
- 5** Laat u zich in België of Duitsland behandelen? Dan vergoeden wij de kosten van zittend ziekenvervoer alleen, als u op maximaal 55 kilometer vanaf de grens met Nederland wordt behandeld. Bent u via onze zorgbemiddeling opgenomen in een ziekenhuis in België of Duitsland? Dan kunnen wij de kosten van het vervoer vergoeden vanuit artikel 5.3 van de vergoedingen ZorgActief aanvulling.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Let op! Maakt u gebruik van taxivervoer door een vervoerder die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke taxivervoerders wij een contract hebben? Bel dan naar onze Vervoerslijn op telefoonnummer 013 462 20 25.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	eigen vervoer € 0,31 per kilometer, gecontracteerd (meerpersoons) taxivervoer 100%, niet-gecontracteerd taxivervoer maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief. Wij vergoeden maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar. U bent wel een eigen betaling verschuldigd van € 97,- per persoon per kalenderjaar. Behalve als u het maximum heeft bereikt van de wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer op basis van de basisverzekering.

Ziekenhuis, behandeling en verpleging

Artikel 16 Circumcisie

Hieronder leest u in welke gevallen wij de kosten van circumcisie (besnijdenis) van de man vergoeden.

16.1 Circumcisie met medische indicatie

Wij vergoeden de kosten van een medisch geïndiceerde circumcisie (besnijdenis) van de man.

Voorwaarden voor vergoeding

U kunt voor de behandeling rechtstreeks naar een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener. Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	100%
MeerZeker	100%
ZonderZorgen	100%

16.2 Circumcisie op religieuze gronden

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

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet de behandeling laten uitvoeren door een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener die werkt in een zelfstandig behandelcentrum of besnijdeniskliniek. Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	maximaal € 250,-

Artikel 17 Mammaprint

Wij vergoeden de kosten van een Mammaprint. Met de Mammaprint kan de behandelend arts in sommige gevallen een betere diagnose stellen. Daarmee kan de behandelend arts bepalen of chemotherapie wel of niet noodzakelijk is.

Voorwaarde voor vergoeding

Het laboratorium Agendia moet het onderzoek uitvoeren.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	100%
MeerZeker	100%
ZonderZorgen	100%

Artikel 18 Obesitasbehandeling

Wij vergoeden voor obese patiënten de kosten van een programma via Santrion. Dit programma is gericht op gedragsverandering door middel van een niet-chirurgische, multidisciplinaire behandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Er moet sprake zijn van obesitas graad 3. Dat is het geval als uw Body Mass Index (BMI) gelijk is aan of hoger is dan 40.
- 2 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen.
- 3 U moet het programma helemaal hebben afgemaakt.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	€ 750,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
ZonderZorgen	€ 750,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 19 Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname

Verblijft u in een ziekenhuis in Nederland? Dan vergoeden wij voor uw gezinsleden de kosten van:

- a overnachting in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis dat in de nabijheid van het ziekenhuis ligt;
- b het vervoer per eigen auto of taxi vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis. En de kosten van vervoer tussen gasthuis en ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,31 per kilometer;
- c openbaar vervoer (tweede klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis. En de kosten van openbaar vervoer tussen gasthuis en ziekenhuis.

U moet verblijven in een ziekenhuis in Nederland dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt óf in een ziekenhuis dat binnen 55 kilometer vanaf de Nederlandse grens in België of Duitsland ligt. In het laatste geval vergoeden wij de kosten overigens alleen, als er geen sprake is van zorgbemiddeling zoals bedoeld in artikel 5.3 van de Vergoedingen ZorgActief aanvulling.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Verblijft u in een psychiatrisch ziekenhuis? Dan vergoeden wij niet de kosten van overnachting in een gasthuis en vervoer van gezinsleden.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen
MeerZeker	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen
ZonderZorgen	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen

Artikel 20 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Ondergaat u een poliklinische behandelcyclus? Dan vergoeden wij de kosten van overnachting in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis in Nederland. Dit Ronald McDonaldhuis of ander gasthuis ligt in de nabijheid van het ziekenhuis. Er is sprake van een poliklinische behandelcyclus als u op 2 of meer aaneengesloten dagen behandeld wordt, maar niet in het ziekenhuis verblijft.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van de nacht voorafgaand aan de eerste behandel dag.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	maximaal € 35,- per dag
MeerZeker	maximaal € 35,- per dag
ZonderZorgen	maximaal € 35,- per dag

Artikel 21 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie.

Voorwaarden voor vergoeding

De behandeling moet plaatsvinden in:

- 1 de praktijk van een hiertoe bevoegde huisarts, als het gaat om een mannelijke verzekerde;
- 2 een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (poliklinisch of in dagbehandeling).

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet u laten behandelen door een hiertoe bevoegde huisarts of een medisch specialist die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke medisch specialisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Is er sprake van een hersteloperatie? Dan vergoeden wij de kosten niet.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	100%

Artikel 22 Online Zorgadvies

Wij vergoeden de kosten van Online Zorgadvies. Online Zorgadvies is een digitaal platform waarop u bij twijfel over een gestelde diagnose en/of behandeling een (medisch) specialist kan kiezen en hem/haar een vraag kan stellen over een gestelde diagnose en/of behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het Online Zorgadvies vooraf telefonisch aanvragen bij de ZorgActief Lijn via telefoonnummer 013 462 20 25. Als de aanvraag akkoord is, wordt u doorverwezen naar Online Zorgadvies.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	100%
MeerZeker	100%
ZonderZorgen	100%

Zwanger (worden)/baby/kind

Artikel 23 Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie

Wij vergoeden bij adoptie de kosten van adoptiekraamzorg óf van medische screening (preventief onderzoek). Het gaat hierbij om één of meerdere kinderen die u tijdens de looptijd van uw basisverzekering wettig geadopteerd heeft en bij ons heeft ingeschreven in de Interpolis Basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Voor kraamzorg moet uw adoptiekind op het moment van adoptie jonger zijn dan 12 maanden en nog geen deel uitmaken van uw gezin.
- 2 U kunt alleen voor medische screening kiezen, als uw adoptiekind uit het buitenland komt.
- 3 Een kinderarts moet de medische screening uitvoeren.
- 4 De medische screening moet een verplicht onderdeel van het adoptieproces zijn.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet de adoptiekraamzorg afnemen bij een kraamcentrum dat wij gecontracteerd hebben. Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van medische screening van het adoptiekind, als de adoptie al heeft plaatsgevonden.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind
ZonderZorgen	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

Artikel 24 Eigen bijdrage bevalling en verloskundige zorg

Bent u zonder medische indicatie poliklinisch bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum onder leiding van een verloskundige of huisarts? Dan bent u hiervoor een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd op basis van de basisverzekering. Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van deze in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	100%
ZonderZorgen	100%

Artikel 25 Kraamzorg

Hieronder leest u in welke gevallen wij de wettelijke eigen bijdrage en/of eigen betaling voor kraamzorg vergoeden.

25.1 Eigen bijdrage partusassistentie

Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor partusassistentie (uren die de kraamverzorgende aanwezig is tijdens de bevalling)? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	100%
ZonderZorgen	100%

25.2 Eigen bijdrage kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum

Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor de kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	maximaal 24 uur per zwangerschap
ZonderZorgen	maximaal 24 uur per zwangerschap

25.3 Uitgestelde kraamzorg

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

Voorwaarde voor vergoeding

Het kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet de kraamzorg afnemen bij een kraamcentrum dat wij gecontracteerd hebben. Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	maximaal 15 uur per zwangerschap
MeerZeker	maximaal 15 uur per zwangerschap
ZonderZorgen	maximaal 15 uur per zwangerschap

Artikel 26 Lactatiekundige zorg

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

Voorwaarde voor vergoeding

De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of voldoen aan de kwaliteitseisen van die beroepsvereniging. Of de lactatiekundige moet in dienst zijn van een kraamcentrum dat wij hebben gecontracteerd.

Wilt u weten met welke kraamcentra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	maximaal € 80,- per persoon per kalenderjaar
ZonderZorgen	maximaal € 80,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 27 Zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger"

Wij vergoeden de abonnementskosten van het zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger". Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	100%
ZonderZorgen	100%

Overig

Artikel 28 Herstel en Balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het revalidatieprogramma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten. Dit is een groepsprogramma dat bestaat uit lichaamstraining en psycho-educatie. Het programma moet worden gegeven door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans.

Voorwaarde voor vergoeding

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

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	maximaal € 1.000,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
MeerZeker	maximaal € 1.000,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
ZonderZorgen	maximaal € 1.000,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 29 Herstellingsoord of zorghotel

Verblijft u in een herstellingsoord of zorghotel voor somatische gezondheidszorg? Dan vergoeden wij de kosten hiervan.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- 2 U moet verblijven in een herstellingsoord of zorghotel voor somatische gezondheidszorg dat voldoet aan onze criteria. Wilt u weten welke herstellingsoorden en zorghotels voldoen aan onze criteria? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- a de kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg;
- b de eigen bijdrage Wlz of Wmo.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	maximaal € 50,- per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar
MeerZeker	maximaal € 50,- per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar
ZonderZorgen	maximaal € 50,- per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar

Artikel 30 Hospice

Wij vergoeden de eigen bijdragen ten behoeve van een verzekerde bij verblijf in een hospice. De hospice moet participeren in het netwerk palliatieve zorg in de regio. De hospice mag geen deel uitmaken van een gezondheidsinstelling, zoals een verpleeg-, bejaarden- of verzorgingstehuis.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de eigen bijdrage die op grond van de Wlz in rekening wordt gebracht bij verblijf in een hospice.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	maximaal € 40,- per dag tot maximaal € 3.600,-

Artikel 31 Kinderopvang tijdens en na ziekenhuisopname ouder(s)

Wordt een ouder die bij ons is verzekerd, opgenomen in een ziekenhuis? Dan regelen wij voor u kinderopvang aan huis buiten de uren die u normaal al geregeld heeft, vanaf de derde dag van de ziekenhuisopname tot en met de derde dag na het ontslag. Dit geldt voor inwonende kinderen tot 12 jaar. Het aantal uren kinderopvang dat wij vergoeden hangt af van de leeftijd van uw jongste kind.

Voorwaarde voor vergoeding

Wilt u gebruikmaken van kinderopvang? Dan heeft u vooraf toestemming van ons nodig. Neem hiervoor contact met ons op.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De kinderopvang moet worden geregeld en geleverd door een instelling voor kinderopvang waarmee wij een contract hebben afgesloten.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a** kinderopvang bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis;
- b** uitbreiding van het aantal uren die u normaal al geregeld heeft bij een kinderdagverblijf.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%
ZonderZorgen	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%

Artikel 32 Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal 1 basis leefstijltraining voor:

- a** hartpatiënten;
- b** whiplashpatiënten;
- c** mensen met stress- en burn-outgerelateerde klachten.

De cursus moet zijn georganiseerd door Leefstijl Training & Coaching.

Voorwaarden voor vergoeding

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

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar
ZonderZorgen	maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 33 Mantelzorgvervanging voor gehandicapten en chronisch zieken

Bent u gehandicapt of chronisch ziek en ontvangt u thuis mantelzorg? Dan vergoeden wij bij afwezigheid van die mantelzorg de kosten van vervangende zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1** De zorg moet worden geleverd door Handen-in-huis (Stichting Mantelzorgvervanging Nederland in Bunnik). Handen-in-huis verzorgt ook de aanvraag. U kunt rechtstreeks contact opnemen met deze stichting via telefoonnummer 030 659 09 70.
- 2** U moet de zorg 8 weken van tevoren aanvragen.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	maximaal 21 dagen per persoon per kalenderjaar
ZonderZorgen	maximaal 21 dagen per persoon per kalenderjaar

Artikel 34 Therapeutische vakantiecampen

Wij vergoeden de kosten van therapeutische vakantiecampen voor kinderen (34.1), voor gehandicapten (34.2) en vaar-, hotel- of bungalowvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken (34.3).

34.1 Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen

Voor kinderen tot 18 jaar vergoeden wij de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp georganiseerd door de:

- a** Stichting Lekker Vel;
- b** Stichting Heppie (voor kinderen met astma en/of constitutioneel eczeem);

- c Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- d Stichting Kinderoncologische Vakantiekampen;
- e Stichting De Ster (Sterkamp en Maankamp);
- f Nederlandse Hartstichting (Jump);
- g Bas van de Goor Foundation (sportkampen voor diabetici).

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar

34.2 Therapeutisch vakantiekamp voor gehandicapten

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt zijn, de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiekamp.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar

34.3 Vaar-, hotel- of bungalowvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken

Bent u gehandicapt of chronisch ziek? Dan geven wij een tegemoetkoming in de kosten van een hotel-, bungalow- of vaarvakantie, georganiseerd door het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem.

- a Tijdens de vaarvakantie reist u met het schip J. Henry Dunant van het Nederlandse Rode Kruis of met het schip Ms. De Zonnebloem.
- b Tijdens de hotelvakantie verblijft u in de hotels van het Nederlandse Rode Kruis (IJsselvlied in Wezep of De Valkenberg of De Paardestal in Rheden).
- c Tijdens de bungalowvakantie verblijft u in de Rode Kruis Bungalow in Someren van de Stichting Rode Kruis Bungalow.

Voorwaarde voor vergoeding

De vakantiecoördinator van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem voert een intakegesprek met de chronisch zieke of gehandicapte. De coördinator bepaalt of u in aanmerking komt voor deelname. Dat doet hij aan de hand van uw ziekte of handicap. Ook weegt hij mee of u eerder heeft deelgenomen.

ZorgActief aanvulling

ZonderMeer	geen dekking
MeerZeker	geen dekking
ZonderZorgen	vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem. hotel- of bungalowvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis.

GebitActief aanvullingen

Artikel 1 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een aanvullende tandheelkundige verzekering GebitActief afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus.

Gaat u naar een tandarts? Dan vergoeden wij 100% van de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes).

Vergoeding kosten mondhygiënist

Mondhygiëne, behandeling van tandvleesaandoeningen en kleine vullingen mogen ook worden uitgevoerd door een

mondhygiëniste. De mondhygiënist mag, afhankelijk van welke behandeling u krijgt, zowel M-codes (mondhygiëne) als T-codes (parodontologische behandelingen) declareren. Declareert een mondhygiëniste T-codes? Dan vergoeden wij maximaal 75% bij GebitActief (250 euro), GebitActief (500 euro) of GebitActief (1.000 euro).

Vergoeding kosten overige behandelingen

Heeft u GebitActief (250 euro), GebitActief (500 euro) of GebitActief (1.000 euro)? Dan vergoeden wij de kosten van overige behandelingen voor maximaal 75%. Als u GebitActief (1.250 euro) heeft, is dat 100%.

Let op! Wij vergoeden alleen de kosten als de maximale vergoeding van de door u gekozen aanvullende tandheelkundige verzekering GebitActief nog niet is bereikt.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a** keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen (C70, C75 en C76);
- b** een afspraak die u niet bent nagekomen (C90);
- c** uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97, E98 en E00);
- d** mandibulair repositieapparaat (MRA: een prothese tegen snurken) en de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- e** orthodontie;
- f** abonnementen;
- g** volledige narcose.
- h** gecompliceerde extractie door de kaakchirurg, deze wordt uit de basisverzekering vergoed.

Maximale vergoedingen

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket. Hieronder leest u de vergoedingen voor de verschillende pakketten.

GebitActief (250 euro)

- Wij vergoeden C-codes, M-codes, V-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar.

GebitActief (500 euro)

- Wij vergoeden C-codes, M-codes, V-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar.

GebitActief (1.000 euro)

- Wij vergoeden C-codes, M-codes, V-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar.

GebitActief (1.250 euro)

- Wij vergoeden alle codes voor 100%.
- De totale vergoeding is maximaal € 1.250,- per persoon per kalenderjaar.

Artikel 2 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder tandheelkundige zorg door een tandarts of kaakchirurg. De behandeling moet het gevolg zijn van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1** U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?

-
- 2 Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden geen kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- a ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
- b grove schuld of opzet van de verzekerde;
- c het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
- d deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

GebitActief (250 euro)

maximaal € 10.000,- per ongeval

GebitActief (500 euro)

maximaal € 10.000,- per ongeval

GebitActief (1.000 euro)

maximaal € 10.000,- per ongeval

GebitActief (1.250 euro)

maximaal € 10.000,- per ongeval

Artikel 3 Uitgestelde fronttandvervanging met implantaten voor verzekerden van 18 tot 24 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 tot 24 jaar definitieve fronttandvervanging met implantaten door een tandarts of kaakchirurg en de daarbij behorende prothetische vervolgbehandeling door de tandarts. De behandeling moet het gevolg zijn van het verliezen van de fronttand door een ongeval voor de 18 jarige leeftijd of het niet aangelegd zijn van de fronttand. En de behandeling moet medisch noodzakelijk zijn uitgesteld tot na de 18 jarige leeftijd, vanwege het niet volgroeid zijn van kaak of gebit. De behandeling moet worden uitgevoerd voor het bereiken de 24 jarige leeftijd. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeide kaak of gebit.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- 2 Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.
- 3 Bij behandeling als gevolg van een ongeval moet er zowel op de datum van het ongeval als op de datum van de definitieve behandeling volgens deze verzekering dekking zijn.

GebitActief (250 euro)

maximaal € 10.000,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

GebitActief (500 euro)

maximaal € 10.000,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

GebitActief (1.000 euro)

maximaal € 10.000,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

GebitActief (1.250 euro)

maximaal € 10.000,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Aanvullende voorwaarden StudentenZorgverzekering

In aanvulling op, en zo nodig in afwijking van, de voorwaarden en aanspraken (vergoedingen) Interpolis ZorgActief zijn voor de StudentenZorgverzekering de volgende voorwaarden van toepassing:

Artikel 1 Wie kan de StudentenZorgverzekering afsluiten?

Deelname aan de collectieve StudentenZorgverzekering staat open voor jongeren tot 30 jaar die studiefinanciering ontvangen (of hiervoor een aanvraag hebben lopen) of die staan ingeschreven bij een hbo- of universitaire dagopleiding. Binnen de collectiviteit kunnen geen partners maar uitsluitend kinderen tot 18 jaar meeverzekerd worden.

Artikel 2 Waar bestaat de StudentenZorgverzekering uit?

Indien u kiest voor een van onze aanvullende zorgverzekering Zorgactief ZonderMeer, MeerZeker of ZonderZorgen, heeft u recht op de onderstaande extra aanspraken van de Studentenaanvulling Collectief. Daarnaast heeft u de mogelijkheid om een van de aanvullende tandartsverzekeringen GebitActief (250 euro, 500 euro, 1.000 euro of 1.250 euro) af te sluiten.

Artikel 3 Aanspraken Studentenaanvulling Collectief

Onderstaande aanspraken gelden, indien van toepassing, als aanvulling op de vergoedingen uit Zorgactief ZonderMeer, MeerZeker of ZonderZorgen. U hebt alleen aanspraak indien u voldoet aan de in deze artikelen genoemde voorwaarden en uitsluitingen.

3.1 Niet spoedeisende zorg in het buitenland

Wij vergoeden bij ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis, zoals genoemd in artikel 32 van de Interpolis Basisverzekering, de kosten van niet-gecontracteerde niet-spoedeisende zorg in het buitenland. Heeft u vanuit de basisverzekering aanspraak op niet-spoedeisende zorg in het buitenland? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit de basisverzekering.

Collectieve aanvulling StudentenZorgverzekering

Aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

3.2 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met de aanvullende verzekering Zorgactief ZonderMeer de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor deze geneesmiddelen gelden de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een huisarts of medisch specialist moet het anticonceptiemiddel hebben voorgeschreven.
- 2 Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van een huisarts of medisch specialist noodzakelijk.
- 3 Het anticonceptiemiddel moet voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Het anticonceptiemiddel moet geleverd worden door een apotheekhoudende die wij gecontracteerd hebben. Wilt u weten met welke apotheekhoudenden wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS).
- b anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies).

Collectieve aanvulling StudentenZorgverzekering

100%

3.3 HelloFysio (online fysiotherapie behandeling)

Wij vergoeden de kosten van 1 online behandelingstraject van HelloFysio. Dit behandelingstraject bestaat uit 1 online intake waar een behandelplan uit voortkomt, 2 zittingen op afstand, 2 E-consulten en de toegang tot online oefeningen uit het behandelplan.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Door de online behandelvorm, kan HelloFysio alleen bepaalde aandoeningen behandelen (CANS (klachten van de arm, nek en/of schouders) en lage rugklachten). Tijdens de intake wordt bepaald of het vervolgtraject van HelloFysio geschikt voor u is of dat u naar een fysieke fysiotherapeut moet gaan.
- 2 Voor een intake kunt u rechtstreeks naar de website van HelloFysio: hellofysio.nl en registreer 'via mijn zorgverzekeraar'.

Collectieve aanvulling StudentenZorgverzekering

1 online behandelingstraject van HelloFysio per persoon per jaar.

Aanvullende voorwaarden CollectiefMeer

Heeft uw werkgever een collectief contract afgesloten met Interpolis? En heeft u een ZorgActief aanvullende verzekering? Dan hebben u en uw meeverzekerde gezinsleden recht op de onderstaande vergoedingen van CollectiefMeer.

Artikel 1 Bewegingsprogramma's voor verzekerden met obesitas

Wij vergoeden de kosten van een bewegingsprogramma voor verzekerden met obesitas. Een bewegingsprogramma is bedoeld voor mensen die door hun ziekte of klacht meer zouden moeten bewegen, maar dit niet kunnen. In dit bewegingsprogramma leert u van een fysiotherapeut en/of oefentherapeut zelfstandig te bewegen, zodat u dit ook na het bewegingsprogramma kunt voortzetten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U heeft obesitas (BMI hoger dan 30).
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet het bewegingsprogramma volgen bij een fysiotherapeut of oefentherapeut die wij hebben gecontracteerd.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten of oefentherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Collectieve aanvulling CollectiefMeer

Maximaal € 100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 2 (Preventieve) cursussen

2.1 Afvallen en stoppen met roken

Wij vergoeden de kosten van de volgende (preventieve) cursussen:

- a Bij afvallen een cursus georganiseerd door een thuiszorginstelling. Of één van de schriftelijke en online programma's georganiseerd door Happy Weight. Of het 10 weekse voedings- en bewegingsprogramma 'Afvallen & Afblijven' georganiseerd door een andere aanbieder waarmee wij afspraken hebben gemaakt. Wilt u weten met welke aanbieder(s) wij afspraken hebben gemaakt? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.
- b Een cursus stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, I Quit Smoking, een thuiszorginstelling of door hiervoor door ons gecontracteerde lasertherapeuten bij Prostop Lasertherapie, Lasercentrum Smoke Free en Lasercentra Noord-Oost Nederland.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Collectieve aanvulling CollectiefMeer

75% tot € 40,- per persoon per kalenderjaar.

2.2 Slaapcursus in verband met onregelmatige diensten

Wij vergoeden de kosten van een online slaapcursus. Deze online slaapcursus biedt advies en oplossingen om (chronische) slaapproblemen te verhelpen.

Voorwaarde voor vergoeding

De online slaapcursus moet worden geleverd door Somnio.

Collectieve aanvulling CollectiefMeer

Maximaal 1 keer per persoon per kalenderjaar.

Artikel 3 Second opinion door een sportarts

Wij vergoeden de kosten van een second opinion door een sportarts van de Sportmedische Instellingen: Papendal, Zeist en Centrum Topgeneeskunde in Utrecht.

Collectieve aanvulling CollectiefMeer

100%

Artikel 4 Sportarts

Wij vergoeden de kosten van blessure- of herhalingsconsulten door een sportarts in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde voor vergoeding

De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI) en/of gecertificeerd zijn door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).

Collectieve aanvulling CollectiefMeer

100%

Artikel 5 Sportuitrusting: kortingsregeling

Op vertoon van uw zorgpas krijgt u korting op het gehele assortiment schoenen, kleding en accessoires bij de winkels van Runnersworld.

Collectieve aanvulling CollectiefMeer

U krijgt 10% korting

Artikel 6 Thuishulp in acute fase

Wij vergoeden de kosten van thuis hulp wanneer een gezinslid ziek is en daardoor de thuissituatie tijdelijk ontwricht is.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- 2 De thuis hulp moet worden geregeld en geleverd door een hiervoor door ons gecontracteerde instelling. Als u gebruik wilt maken van thuis hulp, neemt u dan contact op met onze klantenservice.

Collectieve aanvulling CollectiefMeer

50% voor maximaal 20 uur thuis hulp per gebeurtenis, welke verspreid kan worden over verschillende dagen/weken.

Artikel 7 Vervoerskosten zowel van als naar werk

Wij vergoeden de kosten van:

- a vervoer per taxi € 0,31 per kilometer of
- b een chauffeur van De Nieuwe Koetsiers.

Als het voor u, als gevolg van een operatie of een behandeling, tijdelijk niet mogelijk is per eigen auto of met het openbaar vervoer naar en van het werk te reizen.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Het gebruik van taxivervoer of een chauffeur van De Nieuwe Koetsiers moet medisch noodzakelijk zijn.
- 2 U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.

Collectieve aanvulling CollectiefMeer

Maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar.

Artikel 8 Health check

Wij vergoeden de kosten van de health Check (preventieve gezondheidstest).

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Wij vergoeden deze zorg bij verpleegkundigen van Care for Human die wij hiervoor hebben gecontracteerd of een andere aanbieder waarmee wij afspraken hebben gemaakt.

Wilt u een afspraak maken met een verpleegkundige van Care for Human? Ga dan naar hun website. Wilt u weten met welke andere aanbieder(s) wij afspraken hebben gemaakt? Gebruik dan de Zorgzoeker op interpolis.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Collectieve aanvulling CollectiefMeer

1 keer per persoon per kalenderjaar.

Aanvullende voorwaarden MeerHockey

Bent u lid van de Koninklijk Nederlandse Hockey Bond (KNHB)? En heeft u een Interpolis ZorgActief aanvullende verzekering? Dan hebben u en uw meeverzekerde gezinsleden recht op de onderstaande vergoedingen van MeerHockey.

Artikel 1 Steunzolen voor sportschoenen

Wij vergoeden de kosten van 1 paar steunzolen voor sportschoenen.

Collectieve aanvulling MeerHockey

a steunzolen voor sportschoenen voor verzekerden tot 18 jaar:

- bij een door ons gecontracteerde leverancier, aangesloten bij het VSO-Netwerk: maximaal € 65,- per persoon per kalenderjaar;
- niet-gecontracteerde leverancier: maximaal € 35,- per persoon per kalenderjaar.

b steunzolen voor sportschoenen voor verzekerden van 18 jaar en ouder:

- bij een door ons gecontracteerde leverancier, aangesloten bij het VSO-Netwerk: maximaal € 65,- per persoon per 2 kalenderjaren;
- niet-gecontracteerde leverancier: maximaal € 35,- per persoon per 2 kalenderjaren.

Artikel 2 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden op basis van de ZorgActief aanvullende verzekering, ook de kosten van fysiotherapie en/of oefentherapie, als u bent doorverwezen door een sportarts.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor de vergoeding van de kosten van fysiotherapie en/of oefentherapie gelden dezelfde voorwaarden en uitsluitingen als voor het vergoeden van de kosten van fysiotherapie en/of oefentherapie uit de ZorgActief aanvullende verzekering (zie artikel 6 van de Vergoedingen ZorgActief aanvulling)

Artikel 3 HelloFysio (online fysiotherapie behandeling bij sportblessures)

Wij vergoeden de kosten van het online behandelingstraject van HelloFysio voor sporters.

Door de online behandelvorm, kan HelloFysio niet alle sportblessures behandelen. Tijdens de intake wordt bepaald of het vervolgtraject van HelloFysio geschikt voor u is of dat u voor een reguliere behandeling naar een fysiotherapeut moet gaan. Voor een intake kunt u rechtstreeks naar de website van HelloFysio: hellofysio.nl en registreer 'via mijn zorgverzekeraar'.

Collectieve aanvulling MeerHockey

3 online behandelingstrajecten van HelloFysio per persoon per jaar.

Artikel 4 Sport- of koelbrace

Wij vergoeden de kosten van een sport- of koelbrace.

Collectieve aanvulling MeerHockey

Wij vergoeden 1 sport- of koelbrace per persoon per 2 kalenderjaren tot maximaal € 50,-.

Artikel 5 Sportbrillen en contactlenzen

Wij vergoeden sportbrillen met glazen op sterkte en sportlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen).

Voorwaarde voor vergoeding

Een opticien of optiekbedrijf moet de brillen en/of contactlenzen aan u leveren.

Collectieve aanvulling MeerHockey

Wij vergoeden maximaal € 50,- per persoon voor sportbrillen met glazen op sterkte en sportlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) samen per periode van 3 kalenderjaren. Het gaat hier om een periode van 3 kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december. De periode begint op 1 januari in het jaar van de eerste aanschaf.

Artikel 6 Second opinion door een sportarts

Wij vergoeden de kosten van een second opinion door een sportarts van de Sportmedische Instellingen: Papendal, Zeist en Centrum Topgeneeskunde in Utrecht.

Collectieve aanvulling MeerHockey

Wij vergoeden de kosten volledig.

Artikel 7 Sportarts

Wij vergoeden de kosten van blessure- of herhalingsconsulten door een sportarts in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde voor vergoeding

De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI) en/of gecertificeerd zijn door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).

Collectieve aanvulling MeerHockey

Wij vergoeden de kosten volledig.

Artikel 8 Sportmassage

Wij vergoeden de kosten van sportmassage.

Voorwaarde voor vergoeding

De sportmasseur moet gecertificeerd zijn door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS) en zijn aangesloten bij het Nederlands Genootschap voor Sportmassage (NGS). U vindt de bij het NGS aangesloten sportmassieurs via de website sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

Collectieve aanvulling MeerHockey

Wij vergoeden 50% tot maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar.

Artikel 9 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden de kosten van een sportmedisch onderzoek in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde voor vergoeding

De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI) en/of gecertificeerd zijn door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Voert een sportarts een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek uit om uw individuele gezondheid en geschiktheid te beoordelen? En moet dit onderzoek uitwijzen of u een specifieke sport kunt uitoefenen of toegelaten kunt worden tot een sportopleiding? Dan vergoeden wij de kosten hiervan niet.

Collectieve aanvulling MeerHockey

Wij vergoeden maximaal € 100,- per persoon per 2 kalenderjaren.

Artikel 10 Sportkeuring

Wij vergoeden de kosten van een sportkeuring in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde voor vergoeding

De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI) en/of gecertificeerd zijn door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).

Collectieve aanvulling MeerHockey

Wij vergoeden 1 sportkeuring tot maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar.

Artikel 11 Sportuitrusting: kortingsregeling

Op vertoon van uw zorgpas krijgt u korting op het gehele assortiment schoenen, kleding en accessoires bij de winkels van Runnersworld.

Collectieve aanvulling MeerHockey

U krijgt 10% korting.

Artikel 12 Hardloopcoaching bij blessures

Wij vergoeden de kosten van het online coachingstraject van FysioRunning. Dit traject bestaat uit een screening en begeleiding van maximaal 13 weken.

Voor registratie/screening kunt u rechtstreeks naar de website van FysioRunning: fysiorunning.nl.

Collectieve aanvulling MeerHockey

1 online coachingstraject van FysioRunning per persoon per jaar.

Artikel 13 Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of (sport)diëtist

Wij vergoeden de kosten van voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of een (sport)diëtist. Voedingsvoorlichting is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten, zonder medisch doel.

Voorwaarde voor vergoeding

De gewichtsconsulent moet aangesloten zijn bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de BGN.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van groepsbehandelingen voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent.

Collectieve aanvulling MeerHockey

Wij vergoeden maximaal € 120,- per persoon per kalenderjaar.

Alfabetisch overzicht aanspraken en vergoedingen	Basisverzekering ZorgActief Polis		Aanvullende verzekeringen	
	Artikel	Blz.	Artikel	Blz.
Vergoeding				
Acnébehandeling			7	70
Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie			23	80
Afvallen				
<i>Uit CollectiefMeer</i>			2.1	88
Ambulancevervoer	19.1	43		
Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder			9.2	73
<i>Uit Studentenaanvulling Collectief</i>			3.2	87
Astmacentrum in Davos (Zwitserland)	20	44		
Audiologisch centrum	13	37		
Beademing	22	45		
Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	3.3	30	6.1	67
Besnijdenis (circumcisie)			16	77
Best Doctors			5.5	67
Bevalling en verloskundige zorg (eigen bijdrage)	30	51	24	80
Beweegprogramma's			1	88
<i>Uit CollectiefMeer</i>				
Beweegzorg			1	88
Buitenland (zorg)			5	65
Buitenland niet spoedeisende zorg				
<i>Uit Studentenaanvulling Collectief</i>			3.1	87
Buitenland spoedeisende zorg			5.1	65
Buitenland spoedeisende farmaceutische zorg			5.2	65
Camouflagetherapie			7	70
Chiropractie			1	63
Circumcisie (besnijdenis)			16	77
Combinatietest (nekplooiemeting met bloedonderzoek)	34	55		
Correctie bovenoogleden			13.1	75
Correctie oorstand tot 18 jaar			13.2	75
Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie)			13	75
Counseling (uitleg over prenatale screening)	34	55		
Dieetadvisering door een diëtist	35	56		
Epilatie behandeling			7	70
Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	21	44		
Ergotherapie	1	63		
Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten (wettelijke eigen bijdrage)	5	33	9.1	73
Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar	3.2	28	6.2	69
<i>Uit MeerHockey</i>			2	90
Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	3.1	28	6.1	67
<i>Uit MeerHockey</i>			2	90
Fysiotherapie online, HelloFysio				
<i>Uit Studentenaanvulling Collectief</i>			3.3	88
<i>Uit MeerHockey</i>			3	90
Gasthuis, overnachting nabij een ziekenhuis (bij poliklinische behandeling)			20	79
Gasthuis, verblijf- en reiskosten gezinsleden bij opname verzekerde			19	78
GebitActief Polis				
Generalistische Basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder	15	38		
Geneesmiddelen (eigen bijdrage)	5	31	9.1	73

Vergoeding	Basisverzekering ZorgActief Polis		Aanvullende verzekeringen	
	Artikel	Blz.	Artikel	Blz.
Geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden			9.3	73
Geriatrische revalidatie	26.2	47		
Hardlooptoetsing <i>Uit MeerHockey</i>			12	92
Health check <i>Uit CollectiefMeer</i>			8	90
HelloFysio (online fysiotherapie behandeling) <i>Uit Studentenaanvulling Collectief</i> <i>Uit MeerHockey</i>			3.3 3	88 90
Herstel en Balans, voor ex-kankerpatiënten			28	82
Herstellingsoord of zorghotel			29	82
Hoofdbedekking of Toupin bij een medische behandeling of alopecia (haarverlies)			8.2	71
Hospice			30	82
Hotel-, bungalow- of vaarvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken			34.3	84
Huidverzorging			7	70
Huisartsenzorg	36	56		
Hulpmiddelen	4	30	8	70
Implantaten (uitneembare volledige prothese (kunstgebit))	9	35		
Invriezen (vitricatie) van menselijke eicellen en embryo's	31.4	53		
In-vitrofertilisatie (IVF)	31.1	52		
Kaakchirurgie	8	34		
Ketenzorg bij diabetes mellitus type 2, COPD, astma en/of VRM	37	57		
Kinderopvang tijdens en na ziekenhuisopname ouder(s)			31	83
Koelbrace <i>Uit MeerHockey</i>			4	91
Kraamzorg	32	55	25	80
Kraamzorg (uitgestelde)			25.3	81
Kraamzorg in een ziekenhuis, zonder medische indicatie (eigen bijdrage)	32	55		
Kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum (eigen bijdrage)	32	55	25.2	81
Kunsttepel of mamillaprothese (maatwerktepel)			8.5	72
Lactatiekundige zorg (borstvoedingsadvies)			26	81
Leefstijltrainingen			32	83
Lensimplantatie			12	75
Logopedie	18	42		
Lymfoedeem	3.1	28	6.1	67
Mammaprint			17	78
Mamillaprothese (maatwerktepel)			8.5	72
Mantelzorgvervangende voor gehandicapten en chronisch zieken			33	83
Manuele lymfdrainage	3.1	28	6.1	67
Manuele therapie			1	63
Mechanische beademing	22	45		
Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten	5	31		
Medisch specialistische revalidatie	26.1	47		
Medisch-specialistische zorg, verpleging en verblijf	29	49		
Medische screening bij adoptie			23	80
Nierdialyse (thuis)	23	45		

Alfabetisch overzicht aanspraken en vergoedingen	Basisverzekering ZorgActief Polis		Aanvullende verzekeringen	
	Artikel	Blz.	Artikel	Blz.
Vergoeding				
Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT)	34	55		
Niet-klinische gespecialiseerde GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (Tweedelijns GGZ)	16	39		
Obesitasbehandeling			18	78
Oedeemtherapie (huidtherapie)	3.1	28	6.1	67
Oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar	3.2	28	6.2	69
<i>Uit MeerHockey</i>			2	90
Oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	3.1	28	6.1	67
<i>Uit MeerHockey</i>			2	90
Oncologieonderzoek bij kinderen	33	55		
Online Zorgadvies			22	79
Ooglaseren			12	75
Orgaantransplantaties	24	45		
Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen	6	33		
Orthodontie (beugel) tot 18 jaar			10	74
Orthomanele therapie			1	63
Orthopedische geneeskunde			2	63
Osteopathie			1	63
Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus			20	79
Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname			19	78
Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland			5.4	66
Partusassistentie door kraamverzorgende (eigen bijdrage)			25.1	80
Pedicurezorg bij diabetes	2	26	3.2	64
Pedicurezorg bij reuma			3.1	64
Persoonlijke alarmeringsapparatuur op medische indicatie			8.3	71
Plakstrips mammaprothese			8.4	72
Plastische chirurgie	25	46	13	75
Prenatale screening	34	55		
Preventieve cursussen				
<i>Uit CollectiefMeer</i>			2	88
Prothese (kunstgebit) op implantaten	10.2	36		
Prothesen (kunstgebitten)	9	35		
Pruiken (eigen bijdrage)			8.1	70
Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder	17	40		
Psychotherapie	15	38		
Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland			4	65
Revalidatie	26	47		
Second opinion	27	48		
<i>Uit GebitActief Polis</i>			1	84
Second opinion door een sportarts				
<i>Uit CollectiefMeer</i>			3	89
<i>Uit MeerHockey</i>			6	91
Slaapcursus				
<i>Uit CollectiefMeer</i>			2.2	89
Sperma invriezen	31.3	53		
Sportarts				
<i>Uit CollectiefMeer</i>			4	89
<i>Uit MeerHockey</i>			7	91

Vergoeding	Basisverzekering ZorgActief Polis		Aanvullende verzekeringen	
	Artikel	Blz.	Artikel	Blz.
Sportbrace <i>Uit MeerHockey</i>			4	91
Sportbrillen en contactlenzen <i>Uit MeerHockey</i>			5	91
Sportkeuring <i>Uit MeerHockey</i>			10	92
Sportmassage <i>Uit MeerHockey</i>			8	91
Sportmedisch onderzoek <i>Uit MeerHockey</i>			9	92
Sportuitrusting <i>Uit CollectiefMeer</i> <i>Uit MeerHockey</i>			5 11	89 92
Sterilisatie			21	79
Steunpessarium			8.6	72
Steunzolen voor sportschoenen <i>Uit MeerHockey</i>			1	90
Stoppen-met-rokenprogramma <i>Uit CollectiefMeer</i>	38	57	2.2	88
Stottertherapie			14	76
Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	34	55		
StudentenZorgverzekering, aanvulling				
Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder <i>Uit GebitActief Polis</i>			2	85
Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	12	36		
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	7	33		
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten			11	74
Tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder – kaakchirurgie <i>Uit GebitActief Polis</i>	8	34	1	84
Tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder – eigen bijdrage uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) <i>Uit GebitActief Polis</i>	9	35	1	84
Tandheelkundige zorg van 18 tot 24 jaar – fronttandvervanging met implantaten (uitgesteld) <i>Uit GebitActief Polis</i>			3	86
Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap	11	36		
Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten			34.2	84
Therapeutische vakantiecamp voor kinderen			34.1	83
Thuisdialyse	23	45		
Thuishulp in acute fase <i>Uit CollectiefMeer</i>			6	89
Toupim of hoofdbedekking bij een medische behandeling of alopecia (haarverlies)			8.2	71
Trans-therapie			8.7	72
Transplantaties van organen en weefsels	24	45		
Trombosedienst	39	58		
Repatriëring			4	65
Uitgestelde kraamzorg			25.3	81

Alfabetisch overzicht aanspraken en vergoedingen	Basisverzekering ZorgActief Polis		Aanvullende verzekeringen	
	Artikel	Blz.	Artikel	Blz.
Vakanties (vaar-, hotel- of bungalowvakanties) voor gehandicapten en chronisch zieken			34.3	84
Verloskundige zorg (eigen bijdrage)	30	51	24	80
Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)	28	48		
Vervoer van zieken	19	43	15	76
Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)			4	65
Vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland			5.3	66
Vervoerskosten zowel van als naar werk <i>Uit CollectiefMeer</i>			7	89
Voedingsvoorlichting <i>Uit MeerHockey</i>			13	92
Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus	2	26	3.2	64
Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (andere)	31.2	53		
Zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger"			27	81
Zelfstandig behandelcentrum	29	49		
Ziekenhuiszorg	29	49		
Zintuiglijke gehandicaptenzorg	14	37		
Zittend ziekenvervoer	19	43	15	76
Zorghotel			29	82