

Principe Polis

Voorwaarden, aanspaken en vergoedingen

Ingangsdatum 1 januari 2011

Leeswijzer, index en inhoudelijke afwijkingen voor DVZ

Voor u ligt het boekje voorwaarden en aanspraken (vergoedingen) Principe Polis. In dit boekje zijn de voorwaarden en aanspraken gedetailleerd omschreven. Uw polis en de daarbij behorende voorwaarden en aanspraken Principe Polis dienen uiteindelijk als grondslag voor uw basisverzekering. In de leeswijzer leggen wij u uit hoe u dit boekje moet gebruiken.

De meerwaarde van de Principe (Plus) Polis

De basisverzekering (Principe Polis) van DVZ is anders dan de gewone basisverzekering die u bij een andere zorgverzekeraar afsluit. In overleg met de overheid biedt DVZ een basisverzekering aan, die gebaseerd is op beschermwaardigheid van het leven. Ethisch omstreden vergoedingen zijn uitgeloten.

DVZ onderscheidt zich door extra dienstverlening en de mogelijkheid om te kiezen voor christelijke zorg.

Specifieke DVZ toevoegingen

Als u wilt kunt u kiezen voor zorg die aansluit bij een christelijke levensovertuiging. Denk hierbij aan:

- Pastoraal-therapeutische zorg in herstellingssoorten;
- Psychosociale hulp door een christelijke behandelaar;
- Kraamzorg;
- Verblijf in een hospice;
- Complementaire zorg: verlichten van fysieke en geestelijke pijn als aanvulling op reguliere zorg;
- Cursus Natural Family Planning óf de Lady Comp, Baby Comp of Pearly (planningscomputertjes);
- NPV-Levenswensverklaring;
- Hulp bij het zoeken naar christelijke zorgverleners via de DVZ Zorglijn (071) 402 66 23 of online via www.ikzoekchristelijkehulp.nl of www.mijnzorg.nl;
- Consultatie van een christelijke vertrouwensarts.

Specifieke DVZ uitsluitingen

U heeft geen recht op aanspraak/wij vergoeden niet de kosten voor de volgende behandelingen:

- Abortus provocatus, uitgezonderd de vitale indicatie;
- Opzettelijk levensbeëindigend handelen;
- Kunstmatige voortplantingstechnieken waarbij geslachtscellen van anderen dan de partner worden gebruikt;
- Geslachtsveranderende ingrepen;
- Genetisch onderzoek waarbij het doden van een ongeboren vrucht aan de orde kan zijn.

Specifieke DVZ beperkingen

DVZ heeft een aantal alternatieve geneeswijzen en therapieën uitgesloten van vergoeding. Daarnaast bestaat er geen aanspraak c.q. vergoeding voor antroposofische geneesmiddelen. Tevens is cosmetische chirurgie/plastische chirurgie zonder medische indicatie van vergoeding uitgesloten, met uitzondering van de correctie van de oorstand.

Indeling boekje

- Leeswijzer voorwaarden en aanspraken
- Alfabetisch overzicht vergoedingen
- Begripsbepalingen basisverzekering
- Algemene voorwaarden basisverzekering
- Aanspraken basisverzekering (Principe Polis)
- Begripsbepalingen aanvullende verzekeringen
- Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen
- Aanspraken aanvullende verzekeringen (Principe Plus Polis)
- Aanspraken aanvullende tandartsverzekering (Tandarts Polis)
- Aanspraken klassenverzekering (Ziekenhuis Extra Pakket)

Leeswijzer

Voorwaarden en aanspraken

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

Hoe werkt het boekje?

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

- 1 U zoekt dieetadvisering op onder de 'd' in het alfabetisch overzicht vergoedingen.
- 2 In de tweede kolom 'Principe Polis' vindt u het artikel en paginanummer waar u de dekking vanuit de basisverzekering kunt vinden. In artikel 29 van de Principe Polis leest u dat u recht heeft op vergoeding tot een maximum van 4 uur per kalenderjaar. U leest in artikel 29 ook aan welke voorwaarden voldaan dient te worden, namelijk dat u een schriftelijke verwijzing nodig heeft.
- 3 In de derde kolom vindt u het artikel en paginanummer waar u de dekking vanuit de aanvullende verzekering 'Principe Plus Polis' kunt vinden.
Let op: De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering komt bovenop de vergoeding vanuit de basisverzekering. In artikel 37.1 van de Principe Plus Polis, leest u dat u geen recht heeft op een extra vergoeding bij een 1 en 2 sterren polis. Er wordt dan voor dieetadvisering niets extra's vergoed en u heeft alleen recht op vergoeding van maximaal 4 uur vanuit de basisverzekering. Heeft u een Principe Plus Polis van 3 of 4 sterren? Dan worden de uren na de eerste 4 uur vergoed, tot een maximum van € 115,- per kalenderjaar.

Toestemming nodig?

Bij een aantal vergoedingen staat, dat wij u vooraf toestemming moeten verlenen. U kunt deze toestemming bij ons aanvragen via telefoon, per post of e-mail.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u op onze website. Hier kunt u ook de aanvraagformulieren downloaden.

Gecontracteerde zorg

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

Als dit zo is, leest u dat in het desbetreffende artikel in dit boekje.

Alfabetisch overzicht vergoedingen

Vergoeding	Basisverzekering		Aanvullende verzekeringen	
	Principe Polis		Principe Plus Polis	
	Artikel	Blz	Artikel	Blz
Acnebehandeling			33	33
Adoptie-kraamzorg of medische screening bij adoptie			22	30
Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen			10	26
Anticonceptiva			11.3	27
Apparatuur voor negatieve druktherapie	30.2	19		
Astma Centrum (Nederlands) te Davos (Zwitserland)	16	16		
Audiologisch centrum	19	17		
Bevalling (eigen bijdrage)	32	20	18	30
Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood			16.9.1	29
Bewakingsmonitor			16.9	29
Beweegprogramma's			13	28
Bewegen in extra verwarmd water			14	28
Biofeedbackapparatuur (FemiScan)			16.8	29
Brillen en contactlenzen			16.6	29
Buitenland	19	12	7.2, 24, 25	24, 31, 32
Buitenland, vaccinaties en geneesmiddelen			26	32
Camouflagetherapie			33	33
Circumcisie (besnijdenis)			6	26
Complementaire zorg			47	37
Cosmetische chirurgie	3	13	3.2	25
Counseling	31.1	20		
Cursus Natuurlijke Familie Planning			49	37
Dagbehandeling	1	13		
Dialyse	13	16		
Dieetadvisering	29	19	37.1	34
Dyslexie zorg	9	15		
Eerstelijnspsychologische zorg (eigen bijdrage)	12	15	7	26
Epilatie behandeling			33	33
Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	20	17		
Ergotherapie	27	19		
Farmaceutische zorg (eigen bijdrage)	25	17	11.1	27
Fysiotherapie	26	18	12	27
Fysiotherapie, beweegprogramma's			13	28
Gasthuis, overnachting nabij een ziekenhuis (bij poliklinische behandeling)			2	25
Gasthuis, verblijf- en reiskosten gezinsleden bij opname verzekerde			1	25
GeboorteTENS			17	30
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, niet-klinisch	11	15		
Geneesmiddelen en apotheekbereidingen niet geregistreerd			11.4	27
Herstel en Balans, nazorgtraining ex-kankerpatiënten			29	33
Herstellingsoorden			27	32
Hoortoestel met afstandbediening (eigen bijdrage)			16.1	28
Huidverzorging			33	33
Huisartsenzorg	22	17		
Hulpmiddelen	30	19	16	28
Hospice			45	36

Vergoeding	Basisverzekering		Aanvullende verzekeringen	
	Principe Polis		Principe Plus Polis	
	Artikel	Blz	Artikel	Blz
IVF (In Vitro Fertilisatie)	14.1	16		
Kaakchirurgie	1	13		
Ketenzorg	23	17		
Kinderopvang tijdens ziekenhuisopname ouder(s)			44	36
Kraampakket			20	30
Kraamzorg (eigen bijdrage)	33	20	19	30
Lactatiekundige zorg			21	30
Leefstijlinterventies			37	34
Leefstijltrainingen			37.4	35
Logopedie	28	19		
Loophulpmiddelen			16.10	29
Mantelzorgvervangende voor gehandicapten en chronisch zieken			34	34
Manuele lymfdrainage	26.1	18	12	27
Mechanische beademing	17	16		
Medisch specialistische- en kaakchirurgische zorg, extramuraal	5	14		
Medisch specialistische- en kaakchirurgische zorg, klinisch	1	13		
Medisch specialistische- en kaakchirurgische zorg, poliklinisch	4	14		
Melatonine			11.2	27
Motorslede, CPM	30.2	19		
Neuromodulator (BioStim)			16.8	29
Nierdialyse	13	16		
Obesitasbehandeling			40	35
Oefentherapie	26	18	12	27
Oncologieonderzoek bij kinderen	15	16		
Ooglaseren			4	25
Organtransplantaties	7	14		
Orthodontie in bijzondere gevallen	42	22		
Orthodontie tot 18 jaar			41	35
Orthopedische geneeskunde			9	26
Overgangsconsulent			37.3	35
Pedicurezorg			32	33
Personenalarmering			16.3	28
Plakstrips mammaprothese			16.4	29
Plastische chirurgie	3	13	3.1	25
Plaswekker			16.5	29
Podotherapie/podologie/podoposturale therapie			30	33
Prenatale screening	31	20		
Preventieve cursussen			37.2	34
Preventieve onderzoeken			36	34
Pruiken (eigen bijdrage)			16.2	28
Psoriasis, huur UV-B lichtbehandeling thuis	21	17		
Psoriasisdagbehandelingscentrum			8	26
Psychiatrische ziekenhuisopname	10	15		
Psychosociale hulp			48	37
Psychologische zorg (eigen bijdrage)	12	15	7	26
Psychotherapie	11	15		
Revalidatie	8	14		

Vergoeding	Basisverzekering		Aanvullende verzekeringen	
	Principe Polis		Principe Plus Polis	
	Artikel	Blz	Artikel	Blz
Second opinion Tandarts Polis	6	14		38
Sensormatje			16.9.2	29
Sperma invriezen	14.3	16		
Sportarts			39	35
Sportmedisch onderzoek			38	35
Sterilisatie			5	25
Steunpessarium			16.7	29
Steunzolen			31	33
Stoppen-met-roken-programma	24	17		
Stottertherapie	28	19	15	28
Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	31.2	20		
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	36	21		
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten			42	36
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar – algemeen Tandarts Polis	37	21		38
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar – prothesen Tandarts Polis	38	21	43	36 38
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	41	22		
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	40	22		
Tandheelkundige zorg, implantaten	39	21		
Telemonitoring	30.2	19		
Therapeutische vakantiecampen			28	33
Trans-therapie door neurostimulator (BioStim) en biofeedbackapparatuur (FemiScan)			16.8	29
Trombosedienst	18	16		
Vakantiehôtels en vaarvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken			35	34
Verloskundige zorg (eigen bijdrage)	32	20	18	30
Verpleging (extramuraal)	34	20		
Vervoer van zieken (eigen bijdrage)	35	20	23	31
Voedingsvoorlichting			37.1	34
Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen	14.2	16		
Zelfstandig behandelcentrum	2	13		
Ziekenhuisverpleging Ziekenhuis Extra Pakket	1	13		38
Zorgregelaar			46	36

Algemene voorwaarden Principe Polis

Art. Onderwerp

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

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

Apotheekhoudende

Onder apothekhoudende verstaan wij: (internet)apotheken, apothekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apothekhoudende huisartsen.

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 BIG.

Arts voor de jeugdgezondheidszorg

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

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Basisverzekering

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

Bedrijfsarts

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

Bureau Jeugdzorg

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

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apothekhoudende 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)

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

Diëtist

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

Dyslexie (ernstige)

Een lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.

Eerstelijnspsycholoog

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

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

Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-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:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik,

een en ander rekening houdend met het door ons vastgestelde nadere reglement.

De verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de daarbij behorende Regeling zorgverzekering.

Fysiotherapeut

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

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.

Gezin

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

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ-instelling

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

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

Hulpmiddelenzorg

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

IDEA-contract

De overeenkomst (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken) tussen ons en een apotheekhoudende waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

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

Kinder- en jeugdpsycholoog

Een psycholoog die zich na een universitaire studie, door opleiding en werkervaring, gekwalificeerd heeft op het gebied van de kinder- en jeugdpsychologie en die als zodanig is ingeschreven bij het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP).

Klinisch psycholoog

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

Medisch adviseur

De arts, die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

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

Multidisciplinaire samenwerking

Geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende disciplinaire achtergrond in samenhang geleverd wordt 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 of herstellingsoord, wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

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

Polisblad

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

Preferente geneesmiddelen

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

Psychiater/zenuwarts

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

Psychotherapeut

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

Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, 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.

Specialistische geestelijke gezondheidszorg

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

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Taxelijst

Dit is een openbare prijslijst waarop geneesmiddelfabrikanten de prijzen van hun geneesmiddelen publiceren.

U/uw

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

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

Elke staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten waarin een regeling voor de verlening van geneeskundige zorg is opgenomen.

Hieronder worden verstaan Australië (alleen tijdelijk verblijf), Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

Verloskundige

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

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

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

Wij/ons

Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V., de verzekeraar van DVZ Zorgverzekeringen.

Zelfstandig behandelcentrum

Een instelling voor medisch specialistische zorg (IMSZ) voor onderzoek en behandeling, dat 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 zorgverlener uit verschillende disciplines die samen ketenzorg leveren.

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 Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij de AFM onder nummer 12001027.

Artikel 2 Grondslag van de basisverzekering

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

Artikel 3 Aanmelding en inschrijving

- 3.1 U (verzekeringnemer) meldt zich voor de basisverzekering aan bij ons, door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier, of het invullen van het internet aanvraagformulier op onze website (zoals beschreven in artikel 2.1).
- 3.2 Bij aanmelding gaan wij na of is voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Wanneer hieraan wordt voldaan, wordt een polisblad afgegeven en bestaat daarna aanspraak op zorg volgens deze wet.
- 3.3 Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie op te nemen. Uw zorgverlener dan wel andere dienstverleners van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met de hiervoor bedoelde partijen uw BSN gebruiken.

Artikel 4 Ingangsdatum, duur en einde van uw basisverzekering

4.1 Ingangsdatum en duur van uw basisverzekering

- 4.1.1 De basisverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop wij het verzoek tot het sluiten van de basisverzekering van u (verzekeringnemer) hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- 4.1.2 Wanneer degene ten behoeve van wie de basisverzekering wordt gesloten op de dag waarop wij het verzoek, bedoeld in artikel 4.1.1, ontvangen reeds op grond van een basisverzekering verzekerd is, en u (verzekeringnemer) aangeeft de basisverzekering te willen laten ingaan op een door u aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in artikel 4.1.1 en 4.1.2, gaat de basisverzekering op die latere dag in.
- 4.1.3 Wanneer de basisverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, wordt als ingangsdatum aangehouden de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.

4.1.4 Wanneer de basisverzekering ingaat binnen een maand nadat een andere basisverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, werkt deze, zonedig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag na die waarop de eerdere basisverzekering is geëindigd.

4.1.5 Een bij ons lopende basisverzekering kunt u, behoudens hetgeen in artikel 4.1.1 is bepaald, wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar en alleen na schriftelijke bevestiging van ons.

4.1.6 De collectieve basisverzekering geldt ook voor uw gezin. Wanneer er binnen de collectieve overeenkomst beperkende afspraken zijn gemaakt over de leeftijd waarop uw kinderen gebruik kunnen maken van uw collectiviteitskorting, dan worden uw kinderen daar schriftelijk over geïnformeerd.

4.2 Einde van uw basisverzekering

- 4.2.1 U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. U kunt de basisverzekering binnen 14 dagen na ontvangst van uw polisblad schriftelijk of per e-mail zonder opgaaf van redenen beëindigen. De basisverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat wij de eventueel al betaalde premie terugstorten en u de eventueel ontvangen schadekosten terugbetaald.
- 4.2.2 U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering beëindigen:
 - door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De basisverzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane en geëffectueerde opzegging is onherroepelijk;
 - door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december een basisverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering opzegt.
 - als u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf heeft verzekerd en deze verzekerde door een andere basisverzekering wordt verzekerd. Als de opzegging bij ons voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering binnen is, kan de basisverzekering beëindigd worden 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 volgende op de dag waarop u heeft opgezegd;
 - bij beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, wanneer de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve basisverzekering naar de andere collectieve basisverzekering in verband met het dienstverband. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in per de eerste van de volgende maand;
 - bij beëindiging deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie, wanneer de reden van opzegging betreft óf deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, óf door deelname aan een collectieve basisverzekering wegens een nieuw dienstverband. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat oude is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in per de eerste van de volgende maand.
- 4.2.3 De basisverzekering eindigt:
 - met ingang van de dag volgend op de dag waarop u niet meer aan de vereisten voor inschrijving in de basisverzekering voldoet;
 - op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt;
 - bij aangetoonde fraude zoals beschreven in artikel 18;
 - bij overlijden;
 - als wij ten gevolge van wijziging of intrekking van onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen basisverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u uiterlijk twee maanden voor dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de basisverzekering eindigt.
- 4.2.4 Wanneer uw basisverzekering eindigt, delen wij u dit schriftelijk mede.

Artikel 5 Verplichtingen van de verzekerde

- 5.1** U bent verplicht:
- bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van één van de volgende geldige documenten: een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of vreemdelingendocument;
 - de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, wanneer de medisch adviseur daarom vraagt;
 - aan ons, onze medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, rekening houdend met privacyregelgeving;
 - ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
 - aan ons, binnen 30 dagen nadat u gedetineerd bent, de ingangsdatum en de duur van de detentie te melden;
 - aan ons, binnen twee maanden nadat u in vrijheid bent gesteld, de datum van invrijheidstelling te melden.

De verplichtingen onder e, en f. worden u opgelegd in verband met de wettelijke bepaling over de opschorting van dekking en de premieplicht tijdens de duur van de detentie.

- 5.2** U bent tevens verplicht om in voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij ons in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de basisverzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de basisverzekering van toepassing is. In het geval u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar bij ons indient, behouden wij ons het recht voor om een lagere vergoeding toe te kennen, dan waar u volgens de aanspraak recht op had. Op basis van artikel 942, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek worden nota's die later dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg, bij ons worden ingediend, niet in behandeling genomen.
- 5.3** Wanneer u zelf nota's van een zorgverlener ontvangt, dient u de originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan ons toe te sturen. Vergoeding vindt alleen dan plaats wanneer wij beschikken over een originele en duidelijk gespecificeerde nota. Kopienota's, herinneringen, pro forma nota's, begrotingen of kostenramingen e.d. accepteren wij niet als originele nota en worden niet vergoed. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota vermeld staan welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is.
- 5.4** U (verzekeringnemer) bent verplicht binnen een maand aan ons kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de basisverzekering van betekenis kunnen zijn, zoals eindiging verzekeringsplicht, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. Kennisgevingen aan u (verzekeringnemer), gericht aan uw laatst bekende adres worden geacht u (verzekeringnemer) te hebben bereikt.
- 5.5** Wanneer de belangen van ons worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft u geen aanspraak op zorg dan wel behoeven wij geen kosten te vergoeden.

Artikel 6 Onrechtmatige inschrijving

- 6.1** Wanneer ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) verzekeringsplicht bestaat.
- 6.2** Wij zullen de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door u sindsdien voor uw rekening genoten zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand.

Artikel 7 Verplicht eigen risico

- 7.1** Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 170,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 7.2** Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de basisverzekering aanspraak kan worden gemaakt.
- 7.3** Op de vergoeding van zorgkosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering gemaakt worden, wordt het verplicht eigen risico van € 170,- ingehouden. Het verplicht eigen risico wordt niet ingehouden op:
- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZA vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
 - de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - de kosten van tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 2.7, vierde lid van het Besluit zorgverzekeringswet, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese;
 - nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken;
 - zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

7.4 Vrijstelling verplicht eigen risico

- 7.4.1** Voor een aantal medisch specialistische ziekenhuisbehandelingen uit artikel 1, 2, 4 en 5 van de aanspraken van de Principe Polis, geldt dat u recht heeft op vrijstelling van het verplicht eigen risico. Een overzicht van deze medisch specialistische behandelingen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.
- 7.4.2** Om in aanmerking te komen voor vrijstelling van het verplicht eigen risico, dient u op het moment van verwijzing contact op te nemen met onze afdeling Zorgbemiddeling voor een vrijblijvend zorgadvies en dient u de afspraak voor een eerste consult bij een medisch specialist door de afdeling Zorgbemiddeling te laten maken. Dit kan door het invullen van een aanvraagformulier via onze website of door telefonisch contact met ons op te nemen. Direct na het eerste consult nemen wij telefonisch contact met u op, aan de hand van dit telefoongesprek zal worden bepaald of u voor de behandeling, conform de polisvoorwaarden, kunt worden vrijgesteld van het verplicht eigen risico.
- Vrijstelling vindt alleen plaats als de behandeling daadwerkelijk wordt ondergaan.
- 7.5** De kosten van zorg die vanuit de basisverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna in mindering gebracht op het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 8.
- 7.6** Wanneer u in de loop van het kalenderjaar de 18 jarige leeftijd bereikt, gaat het verplichte eigen risico in per de eerste van de maand volgende op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt. Het verplicht eigen risico wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.7** Wanneer uw basisverzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het verplicht eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.8** Bij beëindiging van uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar zal het verplicht eigen risico voor het desbetreffende kalenderjaar naar evenredigheid worden verminderd.
- 7.9** In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de basisverzekering, een bedrag voor rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het verplicht eigen risico.

- 7.10** Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.
- 7.11** Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. U wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het verplichte eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

Artikel 8 Vrijwillig gekozen eigen Risico

- 8.1** Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico. De basisverzekering kan worden afgesloten zonder vrijwillig gekozen eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis.
- 8.2** Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de basisverzekering aanspraak kan worden gemaakt.
- 8.3** Op het vrijwillig gekozen eigen risico zijn niet van toepassing:
- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
 - de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
 - de kosten van tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 2.7, vierde lid van het Besluit zorgverzekering, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese;
 - nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken;
 - zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.
- 8.4** Kosten van zorg die vanuit de basisverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 7 en worden daarna verrekend met het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.5** Voor de bepaling van het vrijwillig gekozen eigen risico is de situatie bij aanvang van de basisverzekering of situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Wanneer de basisverzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt het vrijwillig gekozen eigen risico naar evenredigheid verminderd.
- 8.6** In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de basisverzekering, een bedrag voor rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.7** Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.8** Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. U wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het vrijwillige eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.
- 8.9** U kunt uw vrijwillig gekozen eigen risico met inachtneming van artikel 4.1.5 jaarlijks wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar.

Artikel 9 Premie

9.1 Premievaststelling en premieheffing

- 9.1.1** De hoogte van de premie van de basisverzekering wordt vastgesteld door ons. De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico, die direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag of een eventuele collectiviteitkorting, die eveneens direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag. Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
- 9.1.2** Bij het berekenen van de leeftijd van 18 jaar is premie verschuldigd per de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt.

9.2 Het betalen van de premie

- 9.2.1** U (verzekeringnemer) bent verplicht de premie vooruit te betalen.
- 9.2.2** Het is u niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van ons te vorderen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg.
- 9.2.3** Als de basisverzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt al betaalde premie naar rato terugbetaald. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand. Wij kunnen van de terug te betalen premie een bedrag voor administratiekosten aftrekken.

9.3 Niet-tijdige betaling

- 9.3.1** Bij de premiebetaling moet u aan de gestelde regels voldoen. Deze verplichting geldt ook wanneer de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen.
- 9.3.2** Als u gekozen heeft voor premiebetaling per kwartaal of (half) jaar en u betaalt de premie niet binnen de gestelde betalingstermijn, dan behouden wij ons het recht voor u (verzekeringnemer) terug te zetten naar premie-betaling per maand. Het recht op betalingskorting komt dan te vervallen.
- 9.3.3** Nadat wij u hebben aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kunt u (verzekeringnemer) gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij wij de dekking van de zorgverzekering hebben geschorst.
- 9.3.4** Artikel 9.3.3 is niet van toepassing als wij aan u (verzekeringnemer) binnen twee weken te kennen geven de opzegging te bevestigen.
- 9.3.5** In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) bij wanbetaling een 'bestuursrechtelijke premie' gaat inhouden op het loon of de uitkering van de wanbetaler. Deze procedure houdt in dat:
- wij u (verzekeringnemer) schriftelijk informeren wanneer een achterstand in premie van ter hoogte twee maanden is ontstaan en wij u (verzekeringnemer) een betalingsregeling aanbieden;
 - indien u (verzekeringnemer) niet ingaat op de voorgestelde betalingsregeling of op andere wijze de betalingsachterstand niet voldoet dan ontvangt u (verzekeringnemer) bij een achterstand in premie van ter hoogte vier maanden een waarschuwing dat u (verzekeringnemer) zult worden aangemeld voor het bestuursrechtelijke premieregime als de achterstand in premie is gestegen tot ter hoogte van zes maanden. U (verzekeringnemer) heeft het recht om binnen vier weken nadat deze voorgenomen aanmelding aan u (verzekeringnemer) kenbaar is gemaakt hiertegen bezwaar te maken;
 - zodra de achterstand in premie ter hoogte van zes maanden is bereikt melden wij u (verzekeringnemer) als wanbetaler aan bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Vanaf dit moment betaalt u geen nominale premie meer aan ons, maar zal het CVZ een bestuursrechtelijke premie bij u (verzekeringnemer) opleggen. Deze premie is hoger dan de standaardpremie en kan direct op uw inkomen worden ingehouden;
 - indien u (verzekeringnemer), na tussenkomst van het CVZ, de verschuldigde premie, zorgkostennota's en eventuele incassokosten heeft voldaan melden wij u af bij het CVZ. De bestuursrechtelijke premie-inning zal worden stopgezet en u (verzekeringnemer) betaalt de nominale premie weer aan ons.
- 9.3.6** Wij behouden ons het recht voor om in afwijking van artikel 9.3.5 bij achterstand in premiebetaling de polis te beëindigen. De dekking van de zorgverzekering wordt geschorst, als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van de derde schriftelijke aanmaning (ingebrekestelling) van ons. De dekking van de zorgverzekering wordt geschorst met ingang van de eerste dag van de maand na het verstrijken van de betalingstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan. Als wij tot beëindiging overgaan, ontvangt u een schriftelijke bevestiging hiervan. De zorgverzekering kan niet met terugwerkende kracht worden beëindigd.
- 9.3.7** Bij (her)inschrijving na wanbetaling dient u twee maanden premie vooruit te betalen.

Artikel 10 Automatische Incasso

Betalen van de premie, verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico, wettelijke eigen bijdragen, eigen betalingen en eventuele overige vorderingen geschieden bij voorkeur per automatische incasso. Indien u kiest voor een andere betaalwijze dan per automatische incasso kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

Artikel 11 Wijziging van premie en/of voorwaarden

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

Artikel 12 Aanspraken

- 12.1** Deze basisverzekering omvat aanspraken op zorg en vergoeding van kosten van zorg en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.
- 12.2** U heeft aanspraak op zorg uit de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De inhoud en omvang van deze zorg staat beschreven in deze wetten. Bepalend is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.

Uitsluitingen:

- 12.3** U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden geen kosten die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).
- 12.4** U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden geen kosten van keuringen, grieprikken, behandeling tegen snurken, behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan en het afgeven van doktersverklaringen, tenzij in een van de verzekeringen uitdrukkelijk vermeld staat dat wij deze wel vergoeden.
- 12.5** U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden geen kosten als gevolg van niet nagekomen afspraken.
- 12.6** Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die zijn uitgevoerd door uzelf ten laste van uw verzekering. Voor een behandeling door uw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad van u (verzekerde) dienen wij u vooraf toestemming te geven, als u deze behandeling ook bij ons wilt declareren.
- 12.7** U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden geen kosten voor de volgende behandelingen:
- abortus provocatus, uitgezonderd de vitale indicatie;
 - opzettelijk levensbeëindigend handelen;
 - In Vitro Fertilisatie (IVF) waarbij er sprake is van restembryo's en/of waarbij geslachtscellen van anderen dan de partner worden gebruikt;
 - geslachtsveranderende ingrepen;
 - genetisch onderzoek waarbij het doden van een ongeboren vrucht aan de orde kan zijn.

12.8 Terrorisme

- 12.8.1** Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht (Wft) van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

De exacte definities en bepalingen ten aanzien van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het clauseblad terrorismedekking van de NHT.

Deze clause en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

- 12.8.2** In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan ons ter beschikking wordt gesteld, heeft u in aanvulling op de in lid 11.6.1 vermelde prestaties recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

Artikel 13 Geldend maken van zorgaanspraken

- 13.1** Als u zorg nodig heeft die deel uitmaakt van de basisverzekering heeft u de keuze uit elke zorgverlener of instelling in Nederland, die een overeenkomst heeft gesloten met ons. Wij verstrekken informatie over de personen en instellingen met wie/ waarmee zo'n overeenkomst bestaat.
- 13.2** Als u zorg wenst van een zorgverlener of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Per aanspraak c.q. vergoeding beschrijven wij, wanneer van toepassing, de lagere vergoeding en/of de eigen betaling die u verschuldigd bent. Als er geen lagere vergoeding geldt of eigen betaling verschuldigd is heeft u aanspraak op vergoeding van kosten tot maximaal:
- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.
- U kunt telefonisch contact met ons opnemen voor informatie over de hoogte van de vergoeding. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- 13.3** Wanneer en voor zover wij meer vergoeden dan waartoe wij door de overeenkomst gehouden zijn, wordt u geacht aan ons te hebben verleend een volmacht tot incasso op onze naam van het voor u aan de zorgverlener teveel betaalde.
- 13.4** U heeft recht op zorgbemiddeling.

Artikel 14 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar

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

Artikel 15 Aansprakelijkheid van derden

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

Artikel 16 Geschillen

- 16.1** Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- 16.2** Wanneer u het niet eens bent met een door ons genomen beslissing of u bent ontevreden over onze dienstverlening dan kunt u uw klacht binnen zes maanden nadat de beslissing aan u is meegedeeld of de dienstverlening aan u is verleend voorleggen aan de Centrale Klachtcoördinatie. U kunt uw klacht per brief, e-mail, telefonisch, internet, per faxbericht of via onze servicepunten voorleggen.
- 16.3** Na ontvangst wordt uw klacht opgenomen in ons klachtenregistratiesysteem en ontvangt u hiervan een bevestiging. U ontvangt uiterlijk binnen drie weken een inhoudelijke reactie. Mocht er meer tijd nodig zijn voor de afhandeling van uw klacht, dan informeert de behandelaar of de Centrale Klachtcoördinatie u hierover.

- 16.4** Wanneer u het niet eens bent met de afhandeling van uw klacht dan heeft u de mogelijkheid een herbeoordeling bij ons aan te vragen.
Uw herbeoordelingsverzoek kunt u per brief, e-mail, telefonisch, internet of per faxbericht bij de Centrale Klachtcoördinatie indienen. U ontvangt hiervan een bevestiging en ontvangt uiterlijk binnen drie weken een inhoudelijke reactie. Mocht er meer tijd nodig zijn voor de herbeoordeling van uw klacht, dan informeert de behandelaar of de Centrale Klachtcoördinatie u hierover.
- 16.5** In afwijking van het voorgaande lid, of wanneer de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen voldoet, kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl).
- 16.6** De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen 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. Het staat u altijd vrij om naar de burgerlijk rechter te stappen, zelfs nadat de Geschillencommissie een bindend advies heeft uitgebracht.
- 16.7** In het geval u bezwaar wilt maken tegen het feit dat u als wanbetaler wordt aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) dient u dit binnen 4 weken, nadat deze voorgenomen aanmelding aan u (verzekeringnemer) kenbaar is gemaakt, te doen. Voor meer informatie over deze bezwaarmogelijkheid verwijzen wij u naar onze website.
- 16.8** Ongeacht het in de overige leden van dit artikel bepaalde hebben consumenten, zorgverleners en verzekeraars te allen tijden het recht een klacht in te dienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit over door ons gehanteerde formulieren. Een dergelijk klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit strekt de zorgverlener, zorgverzekeraar en consument tot bindend advies.

Voor meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen verwijzen wij u naar de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen'. Deze brochure kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 17 Persoonsgegevens

- 17.1** Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen Achmea voor het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, om u te informeren over relevante producten en/of diensten, voor het waarborgen van de veiligheid en integriteit van de financiële sector, voor statistische analyse, relatiebeheer en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op het gebruik van uw persoonsgegevens is voor verzekeraars de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars' van toepassing. Daarnaast is de Gedragscode 'Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen' van kracht.
- 17.2** Stelt u geen prijs op informatie over producten en/of diensten, of wilt u uw toestemming voor het gebruik van uw e-mailadres intrekken? Meldt u dit dan schriftelijk bij DVZ Zorgverzekeringen, Postbus 31800, 2200 GX Noordwijk.
- 17.3** In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen wij als Achmea uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist. In dit kader kunnen deelnemers van de Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.
- 17.4** Vanaf het moment dat de basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (zorgverleners, leveranciers e.d.) inlichtingen vragen en geven voor zover dit nodig is om de verplichtingen uit hoofde van de basisverzekering te kunnen nakomen. Onder inlichtingen wordt in dit verband verstaan uw adres- en polisgegevens. Als het om dringende redenen noodzakelijk is dat zorgverleners of leveranciers geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

Artikel 18 Fraude

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

Artikel 19 Buitenland

- 19.1** Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze aanspraak op:
- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;
 - vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Principe Polis tot maximaal:
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- 19.2** Bij gebruik van zorg in een land dat geen EU/EER-staat of verdragsland is, heeft u naar keuze aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Principe Polis tot maximaal:
- wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;
 - het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- 19.3** In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden kan voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaatsvinden, die meer kan bedragen dan de in lid 19.1 aangegeven vergoeding. Deze hogere vergoeding is alleen mogelijk wanneer wij u hier vooraf toestemming voor hebben verleend.
- 19.4 Omrekenkoers buitenlandse valuta**
Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener aan u in euro's met inachtneming van de omrekenkoers zoals die is vastgesteld door het College voor zorgverzekeringen. Wanneer deze koers ontbreekt, hanteren wij de maandelijkse wisselkoers van de Nederlandsche Bank. Wij hanteren in dat geval de wisselkoers van de maand waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is van een in Nederland gevestigde bank.
- 19.5 Nota's uit het buitenland**
De nota's dienen bij voorkeur in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.

Aanspraken Principe Polis

Artikel 1 Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis

Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatie-centrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

- verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;
- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

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

Voor de behandelingen in onderstaande lijst moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener:

- Liesbreuk, navelbreuk of littekenbreuk;
- Spataderen;
- Galblaasoperatie;
- (Verdenking op) borstkanker;
- Psoriasis;
- Ulcus cruris (open been);
- (Verdenking op) huidkanker;
- Zwangerschap en bevalling;
- Incontinentie;
- (Neus en keel-)amandelen knippen;
- Onderzoek i.v.m. slaapstoornissen en behandeling van obstructief slaap apnoe syndroom;
- Diabetes, inclusief onderzoek van het netvlies door de oogarts en behandeling van diabetische netvliesafwijkingen;
- Diabetes bij kinderen (behandeling door kinderarts);
- Chronische darmontstekingen (ziekte van Crohn en colitis ulcerosa);
- Borstverkleining met medische indicatie;
- Staaroperatie;
- Onderzoek/behandeling door de oogarts voor refractie-afwijkingen (brillen/contactlenzen) en glaucoom;
- Artrose van heupen of knieën, inclusief plaatsen of vervangen van gewrichtsprotheses;
- Meniscus- of voorste kruisband letsel;
- (Verdenking op) rug- of nek hernia en overige wervelkolomchirurgie door orthopeed of neurochirurg;
- Pijnbestrijding rugklachten door de anesthesist;
- Reumatoïde artritis;
- Ziekte van Bechterew;
- Nierstenen en urinewegstenen;
- Prostaatklasten, inclusief (verdenking op) prostaatkanker;
- (Verdenking op) blaaskanker;
- Onderzoek of behandeling door de cardioloog voor pijn op de borst of hartritestoornissen;
- Chronisch hartfalen;
- Kaakchirurgie;
- Slokdarmkanker.

Een lijst met gecontracteerde ziekenhuizen en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde ziekenhuizen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of andere medisch specialist.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons voor ziekenhuisopname tenminste drie weken van tevoren toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts, tandarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.

Uitsluiting

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

Artikel 2 Zelfstandig behandelcentrum

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

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

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

Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum. Een lijst met gecontracteerde zelfstandig behandelcentra en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zelfstandig behandelcentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of andere medisch specialist.
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons voor ziekenhuisopname tenminste drie weken van tevoren toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts, tandarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.

Artikel 3 Plastische chirurgie

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

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfgevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij een geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de buikwand (het abdominoplastiek), als er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooien of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (hiervan is sprake indien het buikschort minimaal een kwart van de bovenbenen bedekt);

Voor behandelingen zoals vermeld in de lijst onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden geen kosten van behandeling voor het operatief plaatsen en het operatief vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstampuatie, het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak, liposuctie van de buik, behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

Artikel 4 Medisch specialistische – en kaakchirurgische zorg (poliklinisch)

Wij vergoeden de kosten van:

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

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

Voor behandelingen zoals vermeld in de lijst onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of andere medisch specialist. Voor de oogarts heeft u geen verwijzing nodig.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 11 van toepassing.

Artikel 5 Medisch specialistische – en kaakchirurgische zorg (extramuraal)

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

Wij vergoeden de kosten van:

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

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

Bij behandeling door een hiervoor niet door ons gecontracteerde extramuraal werkend medisch specialist heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerd extramuraal werkend specialist. Een lijst met gecontracteerde extramuraal werkend medisch specialisten en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde extramuraal werkend medisch specialisten kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of andere medisch specialist.

Uitsluiting

Dit artikel is niet van toepassing voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Voor de GGZ is artikel 11 van toepassing.

Artikel 6 Second opinion

Wij vergoeden de kosten van een second opinion. Een second opinion is het vragen van een beoordeling van een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een tweede, onafhankelijke arts die werkzaam is op hetzelfde specialisme/vakgebied als de eerste behandelaar. Het oordeel of advies kan zowel door u als door de behandelend arts worden gevraagd.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door uw behandelaar. Dit kan een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut zijn.
- De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg van u, zoals deze al besproken is met de eerste behandelaar.
- U dient met de second opinion terug te keren naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer de diagnostiek of behandeling onder de voorwaarden van deze basisverzekering valt.

Artikel 7 Orgaantransplantaties

U heeft aanspraak op:

- transplantatie in een ziekenhuis van weefsels en organen indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is;
- de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor; het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- transplantatie in een zelfstandig behandelcentrum indien dit op grond van wet en regelgeving is toegestaan.

De donor heeft recht op vergoeding van de kosten van:

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

Bij transplantatie in een niet door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum. Een lijst met gecontracteerde zelfstandig behandelcentra en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij een niet gecontracteerd zelfstandig behandelcentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

Wij moeten u bij een hiervoor niet door ons gecontracteerd ziekenhuis vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. Een lijst met gecontracteerde ziekenhuizen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 8 Revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

U heeft aanspraak op revalidatie, maar uitsluitend als:

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

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname. U heeft, bij revalidatie in een klinische situatie, aanspraak op vergoeding van de kosten voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen tellen ook mee de overige opnames in (psychiatrische) ziekenhuizen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
- in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Artikel 9 Dyslexiezorg

Wij vergoeden de kosten van diagnose en behandeling van ernstige dyslexie bij kinderen die basisonderwijs volgen en bij wie de zorg op zeven-, acht-, negen- of tienjarige leeftijd aanvangt. De zorg dient te worden uitgevoerd door een gespecialiseerde instelling voor hulpverlening bij dyslexie waar gewerkt wordt op basis van multidisciplinaire samenwerking onder eindverantwoordelijkheid van een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist die op grond van de voor hun beroep geldende en geëxpliceerde standaarden bekwaam zijn voor diagnostiek en behandeling van ernstige dyslectici in de zorg. Bij deze multidisciplinaire samenwerking dienen de Richtlijnen multidisciplinaire samenwerking Diagnostiek en behandeling ernstige dyslexie, zoals opgesteld door de beroepsverenigingen NIP, NVO, LBRT en NVLF, te worden gevolgd.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van het stellen van de diagnose alleen wanneer u bent doorverwezen door de school die hieraan voorafgaand met de verzekerde het Protocol Leesproblemen en Dyslexie heeft doorlopen en op basis hiervan het vermoeden heeft dat er sprake is van ernstige dyslexie, zonder dat er sprake is van andere lees- en spellingsproblemen waarvoor al een behandeltraject via GGZ of gemeente bestaat.
- Om daarnaast voor vergoeding van de behandelingen in aanmerking te komen dient er in het diagnostisch onderzoek ernstige dyslexie, niet deel uitmakende van complexe problematiek, te worden vastgesteld conform de criteria van het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling en dienen de behandelingen volgens dit protocol te geschieden. Het Protocol Dyslexie Diagnose en Behandeling kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 10 Psychiatrische ziekenhuisopname

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

Wij vergoeden de kosten van:

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg;
- het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

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

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde GGZ-instelling vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde GGZ-instelling. Een lijst met gecontracteerde GGZ-instellingen en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde GGZ-instelling kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet voor opname in een GGZ-instelling (psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een Bureau Jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

Artikel 11 Niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

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

Wij vergoeden de kosten van:

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

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

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts, psychotherapeut of klinisch psycholoog vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of klinisch psycholoog. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

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

Artikel 12 Eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden de kosten van diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog en/of orthopedagoog-generalist. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. De zorg omvat ten hoogste acht zittingen (van maximaal één uur) eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar. Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 10,- per zitting. De zorg kan ook gegeven worden in halve of kwart zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is. Er wordt maximaal één prestatie per verzekerde per dag vergoed. Uitgezonderd hiervan zijn telefonische consulten, e-mailconsulten en dubbele consulten. Voor telefonische- en e-mailconsulten geldt dat zij in combinatie met een andere prestatie gedeclareerd kunnen worden. Bij dubbele consulten kunnen tot twee zittingen per dag gedeclareerd worden.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog of orthopedagoog-generalist vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of een arts voor de jeugdgezondheidszorg.
- Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk of een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg wanneer het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.
- De orthopedagoog-generalist behandelt uitsluitend kinderen en jeugdigen tot 18 jaar.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van (ortho)pedagogische hulp, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter.

Artikel 13 Niet-klinische dialyse

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

Daarnaast heeft u bij thuisdialyse aanspraak op vergoeding van:

- de kosten die verband houden met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
- de kosten van het in bruikleen geven van de dialyse apparatuur met toebehoren, de vergoeding van de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen) en van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
- de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover wij die kosten redelijk achten en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover wij die kosten redelijk achten en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
- de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Voorwaarde

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

Artikel 14 IVF (In Vitro Fertilisatie), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen en invriezen van sperma

14.1 IVF

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

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

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

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

Voorwaarden

- De IVF-behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-poging.
- Bij de vrouwelijke verzekerde wordt IVF tot en met 40 jaar vergoed. Na de 40 jarige leeftijd komt IVF voor vergoeding in aanmerking, mits de effectiviteit van de behandeling in de individuele situatie is beoordeeld en is vastgesteld.
- Bij een fysiologische (spontane) zwangerschap wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie.
- Bij een zwangerschap na een IVF-behandeling wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf de follikelpunctie of, indien de IVF heeft plaatsgevonden doormiddel van het terugplaatsen van ingevroren embryo's, een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.
- Het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) is van toepassing. Wij vergoeden de kosten maximaal tot de door de overheid vastgestelde bedragen.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van IVF waarbij er sprake is van restembryo's en/of waarbij geslachtscellen van andere dan de partner worden gebruikt.

14.2 Overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

U heeft aanspraak op overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.
- Bij de vrouwelijke verzekerde worden vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen tot en met 40 jaar vergoed. Na de 40 jarige leeftijd komen deze behandelingen voor vergoeding in aanmerking, mits de effectiviteit van de behandeling in de individuele situatie is beoordeeld en is vastgesteld.
- U heeft alleen aanspraak op vergoeding van de toegepaste geneesmiddelen, als u de geneesmiddelen krijgt voorgeschreven voor een andere vruchtbaarheidsbevorderende behandeling dan de vierde en volgende IVF-behandeling.

14.3 Invriezen van sperma

U heeft aanspraak op het verzamelen, invriezen en bewaren van sperma als onderdeel van medisch specialistische behandelingen als deze behandelingen onbedoeld infertiliteit tot gevolg kunnen hebben.

Voorwaarde

De zorg is onderdeel van een medisch specialistisch oncologisch zorgtraject (of niet oncologische vergelijkbare behandeling) dat het volgende omvat:

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

Artikel 15 Oncologieonderzoek bij kinderen

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

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

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

Voorwaarden

- Een soortgelijke behandeling heeft in Nederland zonder succes plaatsgehad en wij achten de behandeling in Davos doelmatig.
- U moet zijn doorverwezen door een longarts of kinderarts.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 17 Mechanische beademing

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

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

Artikel 18 Trombosedienst

U heeft aanspraak op zorg door de trombosedienst. De zorg omvat:

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

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Artikel 19 Audiologisch centrum

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

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg wanneer noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen, door een tot dat doel door ons gecontracteerd audiologisch centrum. Een lijst met gecontracteerde audiologische centra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, kinderarts, keel-, neus- en oorarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg.

Artikel 20 Erfelijkheidsonderzoek en -adviesing

U heeft aanspraak op erfelijkheidsonderzoek en -adviesing in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. De zorg omvat:

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

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

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts.

Artikel 21 Behandeling van psoriasis

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

Voorwaarden

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

Artikel 22 Huisartsenzorg

U heeft aanspraak op geneeskundige zorg verleend door een huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is.

De aanspraak omvat ook röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts.

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

Artikel 23 Ketenzorg

U heeft aanspraak op ketenzorg voor diabetes mellitus type 2 en COPD als wij hierover met een zorggroep afspraken hebben gemaakt. Ketenzorg is een zorgprogramma voor een specifieke chronische aandoening zoals COPD of diabetes mellitus type 2 waar meerdere zorgverleners uit verschillende disciplines aan deelnemen.

Als u geen gebruik maakt van ketenzorg via een gecontracteerde zorggroep, heeft u alleen recht op vergoeding van zorg voor diabetes mellitus type 2 en COPD zoals huisartsen, medisch specialisten en diëtisten die plegen te bieden. De zorg wordt dan vergoed conform de artikelen 1, 2, 4, 5, 22 en 29 van deze polis. Een overzicht met gecontracteerde zorggroepen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 24 Stoppen-met-roken-programma

Wij vergoeden maximaal eenmaal per kalenderjaar de kosten van een stoppen-met-roken-programma met als doel te stoppen met roken.

Het stoppen-met-roken-programma bestaat uit:

- erkende gedragsmatige ondersteuning zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zoals korte ondersteunende interventies en de intensieve op gedragsverandering gerichte interventies.
- en eventueel in combinatie met de noodzakelijke farmacotherapeutische ondersteuning met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline en bupropion.

Wanneer u een programma volgt bij een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een hiervoor gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of verloskundige.
- Farmacotherapie wordt uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.

Artikel 25 Farmaceutische zorg

Wij vergoeden de kosten van Farmaceutische zorg, onder de voorwaarden zoals omschreven in het Achmea Reglement Farmaceutische zorg.

Onder Farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

Wij vergoeden de kosten voor terhandstelling, advies en begeleiding van:

- alle bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met ons een IDEA-contract heeft gesloten;
- in andere gevallen: de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door ons en zijn opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg, indien dit geschiedt door een apotheekhoudende zonder contract of een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd, wanneer het rationele farmacotherapie betreft. Dit zijn geneesmiddelen die:
 - door of in opdracht van een apotheekhoudende in zijn apotheek op kleine schaal zijn bereid;
 - 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 die wet of
 - 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 en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan 1 op de 150.000 inwoners;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

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

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners met een IDEA-contract of een contract met preferentiebeleid en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- De farmaceutische zorg moet geleverd worden door een apotheekhoudende. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- Bij identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen heeft u uitsluitend recht op vergoeding van het originele c.q. niet-preferente geneesmiddel als uw arts dit medisch noodzakelijk acht. De arts dient dit op het recept aan te geven.
- Wij vergoeden de kosten van dieetpreparaten en de geneesmiddelen waarvoor aanvullende voorwaarden gelden alleen, wanneer is voldaan aan de voorwaarden die wij stellen in bijlage 1 'Nadere voorwaarden voor vergoeding' van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg.

Uitsluitingen

De volgende middelen komen niet voor vergoeding in aanmerking:

- anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder;
- anticonceptiva met een mogelijke abortieve werking;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- farmaceutische zorg in de in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet;
- geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- andere dan in de Regeling zorgverzekering genoemde zelfzorgmiddelen (middelen die zonder recept verkrijgbaar zijn);
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

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

Artikel 26 Fysiotherapie en oefentherapie

26.1 Niet chronische aandoeningen

Voor verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij de kosten van 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar door een fysiotherapeut of oefentherapeut. Als u na deze 9 behandelingen nog steeds last hebt van de aandoening vergoeden wij maximaal 9 extra behandelingen, als dit medisch noodzakelijk is, voor die aandoening; het totaal komt dan op maximaal 18 behandelingen. Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 20,- per zitting. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Op de aanspraak fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure 'Paramedische Zorg'.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Bij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en het onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Als u in verband met uw klacht(en) niet voor behandeling in de praktijk kunt komen, dient de verwijzer dit aan te geven op de verwijzing. DTF of DTO kan nooit aan huis plaatsvinden. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

- Voor vergoeding van de kosten van een behandeling door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten respectievelijk als zorg plegen te bieden.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde huidtherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde huidtherapeut. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Uitsluiting

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

26.2 Chronische aandoeningen

Wij vergoeden per aandoening de kosten van de 13e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut bij bepaalde aandoeningen, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van de brochure 'Paramedische Zorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar vergoeden wij tevens de kosten van de eerste 12 behandelingen.

Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 20,- per zitting. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Op de aanspraak fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure 'Paramedische Zorg'.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Deze verwijzing is nodig om recht te hebben op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie vanuit de basisverzekering.
- Voor vergoeding van de kosten van een behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten respectievelijk als zorg plegen te bieden.
- Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde huidtherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde huidtherapeut. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Uitsluiting

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

26.3 Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie

Wij vergoeden de kosten van de eerste 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut bij urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar of ouder.

Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde bekkenfysiotherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde bekkenfysiotherapeut. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Op de aanspraak bekkenfysiotherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure 'Paramedische Zorg'.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Deze verwijzing is nodig om recht te hebben op vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie vanuit de basisverzekering.
- Voor vergoeding van de kosten van een behandeling van een niet door ons gecontracteerde bekkenfysiotherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Artikel 27 Ergotherapie

Wij vergoeden de kosten van 10 uur advisering, instructie, training of behandeling per kalenderjaar door een ergotherapeut met als doel uw zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

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

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde ergotherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde ergotherapeut. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Op de aanspraak ergotherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Bij prestaties door een niet door ons gecontracteerde ergotherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure 'Paramedische Zorg'.

Voorwaarde

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

Artikel 28 Logopedie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een logopedist voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

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

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde logopedist vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde logopedist. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Op de aanspraak logopedie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Bij prestaties door een niet door ons gecontracteerde logopedist vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure 'Paramedische Zorg'.

Voorwaarde

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

Uitsluiting

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

Artikel 29 Dieetadvisering

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

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

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde diëtist vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde diëtist. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Op de aanspraak dieetadvisering is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Bij prestaties door een niet door ons gecontracteerde diëtist vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure 'Paramedische Zorg'.

Voorwaarde

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

Artikel 30 Hulpmiddelen

30.1 Algemeen

Wij vergoeden de kosten van:

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

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

Wanneer u een hulpmiddel aanschaft bij een hiervoor niet door ons gecontracteerde leverancier, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een hiervoor gecontracteerde leverancier. U moet er dan rekening mee houden dat u een bedrag moet bijbetalen. Informatie over het hulpmiddel, een lijst met gecontracteerde leveranciers en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde leveranciers kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Conform het Achmea Reglement Hulpmiddelen omvat de aanspraak, in afwijking van artikel 12.1 en bovenstaande, in bepaalde gevallen de verstrekking van hulpmiddelen in bruikleen.

Voorwaarde

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een leverancier. In de bijlage van het Achmea Reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

30.2 Overige hulpmiddelen, als onderdeel van de medisch specialistische zorg

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

CPM motorslede

Het gebruik van een CPM motorslede ter nabehandeling van een operatieve behandeling van letsel aan knie- of enkelgewricht, maakt onderdeel uit van de medisch specialistische zorg.

Telemonitoring

Het gebruik van apparatuur voor telemonitoring en de daarbij behorende begeleiding voor verzekerden met chronisch hartfalen, maakt onderdeel uit van de medisch specialistische zorg.

Voorwaarde

De begeleiding moet verzorgd worden onder supervisie van uw cardioloog.

Apparatuur voor negatieve druktherapie

Het gebruik van apparatuur voor negatieve druktherapie als behandeling van langdurige grote open (ontstoken) wonden, maakt onderdeel uit van de medisch specialistische zorg.

Voor de toebehoren bij het gebruik van de apparatuur voor negatieve druktherapie, zoals wondvuller, slangen, opvangbekers, verband en dergelijke geldt een vergoeding conform artikel 30.1.

Artikel 31 Prenatale screening

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

31.1 Counseling

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

31.2 Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)

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

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met gecontracteerde verloskundigen die zijn gecontracteerd voor het uitvoeren van prenatale screening, een lijst met hiervoor door ons gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 32 Bevalling en verloskundige zorg

32.1 Met medische noodzaak

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van:

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

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

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde verloskundige vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde verloskundige. Een lijst met gecontracteerde verloskundigen en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde verloskundigen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

32.2 Zonder medische noodzaak

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van:

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

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

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde verloskundige of geboortecentrum vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde verloskundige of geboortecentrum. Een lijst met gecontracteerde verloskundigen en geboortecentra en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde verloskundigen en geboortecentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 33 Kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van kraamzorg:

- **thuis of in een geboorte- of kraamcentrum.** Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 3,90 per uur. Als u de noodzakelijke kraamzorg laat verzorgen door een niet door ons gecontracteerd geboorte- of kraamcentrum, komt daarbij een extra eigen betaling van € 5,- per uur. Een lijst met gecontracteerde geboorte en kraamcentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- De omvang van de kraamzorg hangt samen met uw persoonlijke situatie na de bevalling en wordt door het geboorte- of kraamcentrum in goed overleg met u, conform het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, vastgesteld. Een toelichting op dit protocol kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- **in het ziekenhuis.** Als u zonder medische indicatie in het ziekenhuis bevalt, geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 15,50 per opnamedag, vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 111,50 per dag te boven gaat. U krijgt maximaal 10 dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

Informatie over onze kraamzorgservice vindt u in de brochure 'Bevalling en Kraamzorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 34 Verpleging (extramuraal)

In plaats van de in artikel 1, 2, 10, 11 en 13 bedoelde verpleging in een intramurale instelling, heeft u ook in de thuissituatie aanspraak op de verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg.

Het gaat hierbij om voorbehouden handelingen, die in opdracht van een medisch specialist worden uitgevoerd, en activiteiten waarover de specialist de directe regie voert en/of noodzakelijke instructie en voorlichting die direct verband houdt met de medisch specialistische behandeling.

Voorwaarde

U moet nog onder behandeling staan van de medisch specialist.

Uitsluiting

U heeft geen aanspraak op verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve zorg.

Artikel 35 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer:

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

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van vervoer:

- per ambulance;
- zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,27 per kilometer bij vervoer per eigen auto bij verzekerden die:
 - nierdialyse ondergaan;
 - oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaan;
 - visueel gehandicapt zijn en zich zonder begeleiding niet kunnen verplaatsen;
 - rolstoelafhankelijk zijn.
- Vervoer van een begeleider wanneer begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, taxi of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 92,- per persoon per kalenderjaar.

Bij een niet door ons gecontracteerde taxibedrijf geldt een maximale kilometervergoeding van € 0,70 per kilometer. Wilt u weten welke taxivervoerders wij gecontracteerd hebben, neemt u dan contact op met onze Vervoerslijn, telefoonnummer 0900 – 230 23 40.

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

Voorwaarden

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

Tandheelkundige zorg artikelen 36 t/m 42

U heeft aanspraak op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënist(en) en orthodontisten die plagen te bieden zoals beschreven in artikelen 36 t/m 42.

Artikel 36 Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

U heeft aanspraak op de volgende tandheelkundige behandelingen:

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

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist(e) of tandprotheticus. Zij moeten bevoegd zijn voor het uitvoeren van de betreffende behandeling. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde tandprotheticus vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde tandprotheticus. Een lijst met gecontracteerde tandprothetici en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde tandprothetici kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Artikel 37 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - algemeen

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

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor alle osteotomie (kaakoperaties) behandelingen en implantaten die dienen ter ondersteuning van een volledige uitneembare prothese. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg.

Artikel 38 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - uitneembare volledige prothesen

Wij vergoeden de kosten van vervaardiging en plaatsing van:

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

Wij vergoeden 75% van de kosten als u de prothese laat leveren en declareren door een tandarts of een door ons gecontracteerde tandprotheticus. Laat u de prothese leveren en declareren door een niet door ons gecontracteerde tandprotheticus, dan vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde tandprotheticus.

Wij vergoeden 100% van de kosten als u het repareren en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande uitneembare volledige overkappingsprothese laat leveren en declareren door een tandarts of een door ons gecontracteerde tandprotheticus. Laat u de prothese repareren of rebasen door een niet door ons gecontracteerde tandprotheticus, dan vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde tandprotheticus.

Een lijst met gecontracteerde tandprothetici en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde tandprothetici kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wanneer de prothese binnen 5 jaar wordt vervangen moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- Wanneer de totale kosten van de prothetische voorziening inclusief techniekkosten bij vervaardiging en plaatsing door een tandarts hoger zijn dan € 600,- per onder-c.q. bovenkaak dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 39 Implantaten

39.1 Implantaten

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

Voorwaarden

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

39.2 Uitneembare volledige prothese op implantaten

U heeft aanspraak op een uitneembare volledige prothese op implantaten wanneer u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
Er geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per boven- of onderkaak.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde tandprotheticus vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde tandprotheticus.

Een lijst met gecontracteerde tandprotheticici en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde tandprotheticici kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid. De aanvraag moet zijn ingediend door een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- De implantaat gedragen prothese moet vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.
- Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandenloze kaak.

Artikel 40 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

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

Voorwaarden

- Voor verzekerden met een niet-tandheelkundige lichamelijke en/of verstandelijke handicap bestaat alleen aanspraak wanneer geen aanspraak gemaakt kan worden op tandheelkundige verstrekkingen vanuit de AWBZ.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.

Artikel 41 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

U heeft aanspraak op een tandheelkundige behandeling in gevallen waarin:

- u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- u volgens de gevalideerde angstschalen zoals omschreven in de richtlijnen van een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen. Voor extreem angstige verzekerde en de verzekerde met een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, geldt bij preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare (niet zijnde volledige) prothetische voorzieningen een wettelijke eigen bijdrage ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht voor zodanige behandeling als er geen sprake is van toepassing van dit artikel.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.

Artikel 42 Orthodontie in bijzondere gevallen

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

Voorwaarden

- U heeft alleen aanspraak als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- De behandeling moet mediediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines vereisen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een door uw zorgverlener opgesteld behandelplan. De aanvraag voor toestemming wordt beoordeeld op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen aanvullende verzekeringen

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden artikelen 1 t/m 18 die gelden voor de Principe Polis zijn, met uitzondering van artikel 2.1 eerste zin, ook van toepassing op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Naast deze artikelen gelden enkele specifieke artikelen voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Deze zijn hieronder beschreven.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering

De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op de Principe Polis.

Budgethouder

Persoon aan wie ingevolge de AWBZ en/of de Wmo een persoonsgebonden budget (PGB) is toegekend en die verantwoording over de besteding van PGB verschuldigd is.

Mantelzorger

Degene die onbetaald langdurig en/of intensief zorgt voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid.

Podotherapeut

Een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zorgregelaar

Degene die complexe zorgvragen rondom de Zorgverzekeringswet, AWBZ en de Wmo beantwoordt, die zoekwerk verricht en adviseert op het gebied van zorg, arbeid, welzijn, wonen of financiën en die (indien noodzakelijk) de daarmee gepaard gaande regeltaken van verzekerde en/of mantelzorger kan overnemen voor zover deze zorg niet wordt gedekt door de wettelijke zorgaanspraken.

Zorgverzekeraar

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

Artikel 2 Aanmelding en inschrijving

- 2.1 Iedereen, die recht heeft op de Principe Polis, kan op eigen verzoek, een aanvullende verzekering aanvragen. U meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier of het invullen van het internet aanvraagformulier op onze website (alleen mogelijk indien de aanvraag gelijktijdig geschiedt met de aanvraag voor de Principe Polis).
- 2.2 Wij kunnen een verzoek tot inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren wanneer:
 - a. u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten;
 - b. u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 18 van de Principe Polis;
 - c. uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft.
- 2.3 Het is voor kinderen jonger dan 18 jaar niet mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan de aanvullende verzekering van (één van) de bij ons verzekerde ouders.

Artikel 3 Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering

3.1 Ingangsdatum en duur van uw aanvullende verzekering

U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende verzekering uitbreiden met een aanvullende verzekering. Uitbreiding vindt alleen plaats per 1 januari en nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan. Er kan een medische beoordeling plaatsvinden.

3.2 Einde van uw aanvullende verzekering

- 3.2.1 U (verzekeringnemer) kunt uw aanvullende verzekering beëindigen:
 - door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De aanvullende verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane en geëffectueerde opzegging is onherroepelijk.
 - door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
- 3.2.2 Wij beëindigen uw aanvullende verzekering:
 - op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning van ons nog niet zijn betaald. Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van uzelf als van de verzekerde(n), die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd;
 - met onmiddellijke ingang:
 - wanneer u niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering;
 - wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld, of omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 - bij aangetoonde fraude.

Artikel 4 Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

Het verplicht en vrijwillig eigen risico is alleen van toepassing op de Principe Polis en niet op de aanvullende verzekering.

Artikel 5 Premie

5.1 Hoogte van de premie

- 5.1.1 De hoogte van de premie is afhankelijk van uw leeftijd. Voor het Ziekenhuis Extra Pakket is de hoogte van de premie ook afhankelijk van de regio waarin u woont. Wanneer de premie hoger wordt doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand volgend op de maand waarin de overschrijding plaatsvindt.
- 5.1.2 Als één van de ouders bij ons een basisverzekering en Principe Plus Polis heeft afgesloten, dan is de verzekerde jonger dan 18 jaar geen premie verschuldigd voor de Principe Plus Polis.

5.2 Niet-tijdige betaling

In aanvulling op artikel 9.3.1 tot en met 9.3.3 van de Principe Polis geldt dat de aanvullende verzekeringen beëindigd worden, als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning van ons. De aanspraken vervallen dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand na het verstrijken van de genoemde betalingstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan. Wanneer de premieachterstand is voldaan, is het mogelijk dezelfde aanvullende verzekering(en) opnieuw af te sluiten. Hieraan kan een medische beoordeling voorafgaan. Als de aanvraag akkoord is, wordt de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op de maand van de aanvraag afgesloten.

Artikel 6 Wijziging van premie en/of voorwaarden

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

Artikel 7 Aanspraken

- 7.1** U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.

7.2 Aanspraken bij verblijf in het buitenland

De vergoeding vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden en uitsluitingen die in de betreffende artikelen van de aanvullende verzekering worden gesteld. Daarbij geldt dat de buitenlandse zorgaanbieder of instelling door de plaatselijke overheid erkend moet zijn en dat deze moet voldoen aan gelijkwaardige wettelijke vereisten als de vereisten waaraan Nederlandse zorgaanbieders en instellingen volgens deze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen.

In het kader van deze bepaling zijn de artikelen 19.4 en 19.5 die gelden voor de Principe Polis van overeenkomstige toepassing. Wanneer in deze voorwaarden wordt gesproken over een 100% vergoeding dan betekent dit in het kader van dit 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. Dit artikel is tevens niet van toepassing op artikel 25 van deze voorwaarden. Voor zover de kosten in het buitenland zijn gemaakt worden ze alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekering zouden zijn vergoed.

7.3 Samenloop

- 7.3.1** U kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt en die onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Er volgt geen vergoeding vanuit de aanvullende verzekering ter compensatie van:
- vanuit de Principe Polis verstrekte lagere vergoedingen in verband met het gebruik maken van niet gecontracteerde zorg;
 - wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij daar expliciet een dekking in de aanvullende verzekering voor is opgenomen.
- 7.3.2** Als u naast deze aanvullende verzekering een reisverzekering heeft afgesloten en geneeskundige kosten maakt tijdens een reis waarvoor deze reisverzekering in beginsel dekking biedt, biedt deze aanvullende verzekering voor die geneeskundige kosten geen vergoeding. De dekking van deze aanvullende verzekering moet in geval van samenloop met de dekking van die andere verzekering geheel worden weggedacht. Deze vergoedingsuitsluiting is opgenomen in verband met een mogelijke excedentbepaling terzake van geneeskundige kosten in de voorwaarden van de bedoelde reisverzekering. De vergoedingsuitsluiting geldt niet voor de geneeskundige kosten die bij deze reisverzekering niet zijn opgenomen in een lijst van geneeskundige kosten die vergoed worden.
- De vergoedingsuitsluiting geldt ook niet wanneer vanwege toepassing van een vrijwillig gekozen eigen risico of een vergoedingsmaximum, geneeskundige kosten geheel of gedeeltelijk om die redenen niet onder de reisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen. Alleen in die situaties biedt deze aanvullende verzekering vergoeding volgens de geldende polisvoorwaarden.

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

Artikel 8 Geldend maken van zorgaanspraken

Artikel 13.2 van de Principe Polis is niet van toepassing op de aanvullende verzekering.

Artikel 9 Materiële controle en fraude

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

Principe Plus Polis

Voorwaarden en vergoedingen aanvullende verzekeringen. Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u bij ons heeft afgesloten.

Wij vergoeden de kosten van:

Artikel 1 Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname

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

- de kosten van overnachting van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen Ronald McDonald huis of een ander gasthuis;
- een kilometervergoeding voor de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis.

Wij vergoeden € 0,27 per kilometer;

- de kosten van openbaar vervoer (laagste klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis en die tussen gasthuis en ziekenhuis.

Voorwaarde

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

Uitsluiting

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

Principe Plus Polis

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

Artikel 2 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

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

Principe Plus Polis

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

Artikel 3 Plastische chirurgie/Cosmetische chirurgie

3.1 Plastische chirurgie (met medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van plastische chirurgische correctie van bovenoogleden wanneer er sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Principe Plus Polis

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

3.2 Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie)

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

Voorwaarden

- De ingreep betreft een behandeling door een medisch specialist.
- Een correctie van de oorstand moet worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	100% voor de correctie van de oorstand voor kinderen tot 18 jaar, overige behandelingen geen dekking
3 sterren	100% voor de correctie van de oorstand voor kinderen tot 18 jaar, overige behandelingen geen dekking
4 sterren	100% voor de correctie van de oorstand voor kinderen tot 18 jaar, overige behandelingen geen dekking

Artikel 4 Ooglaseren

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserverhandeling.

Voorwaarde

De oogarts die de ooglaserverhandeling uitvoert moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheekkundig Genootschap (NOG) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van het NOG.

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 500,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
4 sterren	maximaal € 750,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Kortingsregeling bij Visionclinics

Naast bovenstaande vergoeding kunnen alle verzekerden met een aanvullende verzekering op vertoon van hun zorgpas bij Visionclinics gebruik maken van een kortingsregeling.

Een overzicht van de korting kunt u downloaden van onze website of bij ons of bij Visionclinics opvragen.

Artikel 5 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in:

- de praktijk van een huisarts, indien het gaat om een mannelijke verzekerde;
- in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (poliklinisch of in dagbehandeling).

De behandeling moet worden uitgevoerd door een hiertoe bevoegde huisarts of een hiervoor door ons gecontracteerd medisch specialist.

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een hersteloperatie.

Principe Plus Polis

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

Artikel 6 Circumcisie

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

Voorwaarde

De behandeling moet plaatsvinden bij een hiervoor door ons gecontracteerde huisarts of een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener werkzaam in een zelfstandig behandelcentrum of besnijdeniskliniek. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Principe Plus Polis

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

Artikel 7 Eerstelijnspsychologische zorg

7.1 Eigen bijdrage eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de vergoeding van eerstelijnspsychologische zorg vanuit de Principe Polis.

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 80,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 80,- per persoon per kalenderjaar

7.2 Aanvullende eerstelijnspsychologische zorg

Wij vergoeden, als aanvulling op de vergoeding op grond van de Principe Polis, de kosten van extra zittingen eerstelijnspsychologische zorg.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog of orthopedagoog-generalist vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Principe Plus Polis

1 ster	2 zittingen per persoon per kalenderjaar
2 sterren	4 zittingen per persoon per kalenderjaar
3 sterren	6 zittingen per persoon per kalenderjaar
4 sterren	8 zittingen per persoon per kalenderjaar

Artikel 8 Behandeling van psoriasis

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis in een door ons gecontracteerd psoriasisdagbehandelingscentrum. Een lijst met gecontracteerde psoriasisdagbehandelingscentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

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

Principe Plus Polis

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

Artikel 9 Orthopedische geneeskunde

Wij vergoeden de kosten van consulten van een orthopedisch geneeskundige. De consulten bestaan uit de diagnostiek en de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat waarbij geen gebruik wordt gemaakt van operaties.

Voorwaarden

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

Principe Plus Polis

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

Artikel 10 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van consulten van alternatieve genezers of therapeuten en homeopathische geneesmiddelen.

- flebologie;
 - proctologie;
 - natuurgeneeswijzen;
 - moermantherapie;
 - manuele therapie;
 - acupunctuur (tevens een tandarts-acupuncturist);
 - enzymtherapie;
 - haptotherapie.
- Tevens vergoeden wij een:
- chiropractor;
 - osteopaat;
 - orthomoleculaire geneeskunde;
 - psychomotorische kindtherapie.

Voorwaarden

- De alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door ons opgestelde kwaliteitseisen voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze kwaliteitseisen maakt deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- Het consult wordt gegeven op individuele basis.
- De homeopathische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts.
- De homeopathische geneesmiddelen moeten geregistreerd staan in de geneesmiddelenlijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) als homeopathisch geneesmiddel.
- De homeopathische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een door ons gecontracteerde apotheekhoudende. Een lijst met gecontracteerde apotheekhoudende kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten wanneer de alternatief genezer of therapeut tevens de huisarts is.
- Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie.
- Wij vergoeden niet de kosten van werk- of schoolgerelateerde coaching.
- Wij vergoeden niet de kosten van kuren en reizen.
- Wij vergoeden niet de kosten van ASR-therapie, celtherapie en chelatietherapie.

Principe Plus Polis

1 ster	homeopathische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatieve genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 240,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen en homeopathische geneesmiddelen samen
2 sterren	homeopathische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatieve genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 440,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen en homeopathische geneesmiddelen samen
3 sterren	homeopathische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatieve genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 640,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen en homeopathische geneesmiddelen samen
4 sterren	homeopathische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatieve genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 840,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen en homeopathische geneesmiddelen samen

Artikel 11 Farmaceutische zorg

11.1 Eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

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

Principe Plus Polis

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

11.2 Melatonine

Wij vergoeden de kosten van generieke melatonine tabletten.

Voorwaarden

- De melatonine tabletten moeten zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog, die verbonden is aan een door ons gecontracteerde instelling.
- De melatonine tabletten moeten zijn geleverd door internetapotheek eFarma.

Principe Plus Polis

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

11.3 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van hormonale anticonceptiva.

Voorwaarden

- Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist.
- Voor de anticonceptiepillen is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.
- Het anticonceptiemiddel moet worden afgeleverd door een door ons gecontracteerde apotheekhoudende. Een lijst met gecontracteerde apotheekhoudenden kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS).
- Wij vergoeden niet de kosten van anticonceptiva met een mogelijke abortieve werking.

Principe Plus Polis

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

11.4 Niet geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen

Wij vergoeden de kosten van een beperkt aantal geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet (meer) voor vergoeding in aanmerking komen, omdat ze:

- niet, of niet meer, of nog niet, in het Geneesmiddelenvergoedings-systeem (GVS) zijn opgenomen of
- als apotheekbereiding zijn uitgesloten van vergoeding.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Er is in uw situatie geen vergoedbaar alternatief.
- Het geneesmiddel wordt gebruikt bij een aandoening die, in combinatie met dat geneesmiddel, voorkomt op een door ons opgestelde lijst. Deze lijst kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het geneesmiddel is voorgeschreven door een door ons gecontracteerde medisch specialist of huisarts.
- Het geneesmiddel moet worden afgeleverd door een door ons gecontracteerde apotheekhoudende. Een lijst met gecontracteerde apotheekhoudenden kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	geen dekking
4 sterren	maximaal € 800,- per verzekerde per kalenderjaar

Artikel 12 Fysiotherapie en oefentherapie

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

Manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een huidtherapeut. Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde huidtherapeut vergoeden wij een bedrag dat lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde huidtherapeut. Een lijst met gecontracteerde huidtherapeuten kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. Voor verzekerden die op grond van de Principe Polis aanspraak hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.

Op de aanspraak fysiotherapie en oefentherapie is ook de inhoud van de brochure 'Paramedische Zorg' van toepassing. Deze brochure maakt onderdeel uit van de polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Bij behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij maximaal € 20,- per zitting. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Paramedische Zorg zoals opgenomen in de brochure 'Paramedische Zorg'.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Uitzondering hierop zijn de door ons gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten waarmee wij afspraken hebben gemaakt over directe toegankelijkheid. Met deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben we afgesproken dat zij u kunnen behandelen zonder verwijzing van een arts. Bij DTF of DTO (Directe toegang fysiotherapie/oefentherapie) geldt de screening als 1 behandeling en de intake en het onderzoek na deze screening ook als 1 behandeling. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Voor vergoeding van een behandeling door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten van individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel hebben om de conditie door middel van training te bevorderen.
- Wij vergoeden niet de kosten van individuele behandeling, wanneer u in aanmerking komt voor beweegprogramma's zoals omschreven in artikel 13.

Principe Plus Polis

- 1 ster tot 18 jaar: 100% bij behandeling door een door ons gecontracteerde zorgverlener. Maximaal 6 behandelingen per persoon per kalenderjaar bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener (maximaal € 20,- per zitting)
- vanaf 18 jaar: maximaal 6 behandelingen per persoon per kalenderjaar. Vergoeding van behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener maximaal € 20,- per zitting
- 2 sterren tot 18 jaar: 100% bij behandeling door een door ons gecontracteerde zorgverlener. Maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener (maximaal € 20,- per zitting)
- vanaf 18 jaar: maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar. Vergoeding van behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener maximaal € 20,- per zitting
- 3 sterren tot 18 jaar: 100% bij behandeling door een door ons gecontracteerde zorgverlener. Maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener (maximaal € 20,- per zitting)
- vanaf 18 jaar: maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar, waarvan maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener (maximaal € 20,- per zitting)
- 4 sterren 100% bij behandeling door een door ons gecontracteerde zorgverlener. Maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener (maximaal € 20,- per zitting)

Artikel 13 Beweegprogramma's

Wij vergoeden de kosten van beweegprogramma's door een hiervoor door ons gecontracteerde fysiotherapeut en/of oefentherapeut. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen. De vergoeding geldt voor verzekerden met obesitas (BMI >30), revaliderende verzekerden met voormalig hartfalen, patiënten met diabetes type 2 en patiënten met COPD in de stadia Gold 1 en 2 met een longwaarde van FEV1/VC > 60%.

Voorwaarde

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

Principe Plus Polis

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

Artikel 14 Bewegen in extra verwarmd water

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

Voorwaarden

- U moet eenmalig een medische indicatie van de huisarts of medisch specialist aan ons overleggen, waaruit blijkt dat oefentherapie in extra verwarmd water nodig is in verband met reuma.
- De oefentherapie moet in groepsverband en onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

Principe Plus Polis

- 1 ster geen dekking
- 2 sterren geen dekking
- 3 sterren maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
- 4 sterren maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 15 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

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

Voorwaarde

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

Principe Plus Polis

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

Artikel 16 Hulpmiddelen

16.1 Eigen bijdrage hoortoestellen met afstandsbediening

Wij vergoeden de eigen bijdrage van een hoortoestel met afstandsbediening.

Voorwaarden

- U moet recht hebben op vergoeding vanuit de Principe Polis (artikel 30, hulpmiddelen).
- De afstandsbediening moet op medische indicatie zijn verstrekt.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Principe Plus Polis

- 1 ster geen dekking
- 2 sterren geen dekking
- 3 sterren maximaal € 185,- per apparaat
- 4 sterren maximaal € 230,- per apparaat

16.2 Eigen bijdrage pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor pruiken.

Voorwaarde

U moet recht hebben op vergoeding vanuit de Principe Polis (artikel 30, hulpmiddelen).

Principe Plus Polis

- 1 ster geen dekking
- 2 sterren geen dekking
- 3 sterren maximaal € 75,50
- 4 sterren maximaal € 190,50

16.3 Personenalarmering op medische indicatie

16.3.1 Alarmeringssysteem via Eurocross Assistance

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via Eurocross Assistance.

Voorwaarde

U moet op grond van een medische indicatie recht hebben op vergoeding van het persoonsalarmeringskastje vanuit de Principe Polis (artikel 30, hulpmiddelen).

Principe Plus Polis

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

16.3.2 Alarmeringssysteem via een niet door ons gecontracteerde Alarmcentrale

Wij vergoeden de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem via een niet door ons gecontracteerde Alarmcentrale.

Voorwaarden

- U moet op grond van een medische indicatie recht hebben op vergoeding van de kosten van alarmeringsapparatuur vanuit de Principe Polis (artikel 30 hulpmiddelen).
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Principe Plus Polis

1 ster	maximaal € 35,- per kalenderjaar
2 sterren	maximaal € 35,- per kalenderjaar
3 sterren	maximaal € 35,- per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 35,- per kalenderjaar

16.4 Plakstrips mammaprothese

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

Principe Plus Polis

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

16.5 Plasweccker

Wij vergoeden de kosten van aanschaf of huur van een plasweccker. Tevens vergoeden wij het bijbehorende broekje.

Principe Plus Polis

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

16.6 Brillen en contactlenzen

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

Voorwaarde

De brillen en contactlenzen moeten zijn geleverd door een opticien of optiekbedrijf.

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen
3 sterren	maximaal € 150,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen
4 sterren	maximaal € 250,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen tezamen

Kortingsregeling bij Pearle Opticiens - Nederland, Eye Wish of Specsavers

Naast bovenstaande vergoeding kunnen alle verzekerden met een aanvullende verzekering op vertoon van hun zorgpas bij Pearle Opticiens - Nederland, Eye Wish of Specsavers gebruik maken van een kortingsregeling.

Een overzicht van de kortingen kunt u downloaden van onze website of bij ons of bij de opticiens opvragen.

16.7 Steunpessarium

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

Principe Plus Polis

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

16.8 Trans-therapie door neuromodulator (BioStim) en biofeedback-apparatuur (FemiScan)

Wij vergoeden de kosten van huur van de neuromodulator en van de biofeedbackapparatuur voor behandeling van incontinentie.

Principe Plus Polis

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

16.9 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

16.9.1 Bewakingsmonitor

Wij vergoeden de kosten van huur van een bewakingsmonitor voor maximaal 12 maanden.

Voorwaarden

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

Principe Plus Polis

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

16.9.2 Sensormatje

Wij vergoeden de volledige aanschafkosten van het sensormatje van Nanny Care in eigendom.

Voorwaarden

- U moet zijn doorverwezen door een arts.
- U kunt hiervoor direct contact opnemen met Nanny Care.

Principe Plus Polis

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

16.10 Loophulpmiddelen

Wij vergoeden de volgende loophulpmiddelen: elleboogkrukken, loophulpen met 3 of 4 poten en looprekken.

Voorwaarden

- De loophulpmiddelen moeten worden geleverd door een hiervoor door ons gecontracteerde leverancier. Een lijst met gecontracteerde leveranciers kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- De leverancier bepaalt of het loophulpmiddel definitief uw eigendom wordt of dat het hulpmiddel in bruikleen wordt gegeven.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden niet de kosten die verband houden met het thuisbezorgen van een hulpmiddel.
- Wij vergoeden niet de kosten van normaal gebruik zoals bij voorbeeld doppen bij krukken.

Principe Plus Polis

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

Artikel 17 GeboorteTENS

Wij vergoeden de kosten van bruikleen van een GeboorteTENS voor pijnbestrijding tijdens de bevalling door een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts.

Voorwaarden

- De aanvraag van de apparatuur dient door uw verloskundige of als verloskundige actieve huisarts te worden ingediend bij de gecontracteerde leverancier.
- De apparatuur moet worden geleverd door een hiervoor door ons gecontracteerde leverancier en wordt tijdelijk aan u ter beschikking gesteld.

Principe Plus Polis

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

Artikel 18 Eigen bijdrage bevalling en verloskundige zorg

18.1 Poliklinische bevalling zonder medische indicatie in een ziekenhuis

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

Principe Plus Polis

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

18.2 Bevalling in een geboortecentrum

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van de Principe Polis in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage bij een bevalling in een door ons gecontracteerd geboortecentrum geleid door een verloskundige of huisarts.

Een lijst met gecontracteerde geboortecentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Principe Plus Polis

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

Artikel 19 Kraamzorg

19.1 Eigen bijdrage kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van de op basis van de Principe Polis in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage kraamzorg (thuis of een geboortecentrum).

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor maximaal 24 uur
3 sterren	vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor maximaal 24 uur
4 sterren	100% vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage

19.2 Uitgestelde kraamzorg

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

Een lijst met gecontracteerde kraamcentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

Het door ons gecontracteerde kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden.

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal 15 uur, eigen betaling € 3,90 per uur
4 sterren	maximaal 15 uur, 100% vergoeding van de eigen betaling

Artikel 20 Kraampakket

Een vrouwelijke verzekerde krijgt van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde

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

Principe Plus Polis

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

Artikel 21 Lactatiekundige zorg

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

Voorwaarde

De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de Nederlandse vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de beroepsvereniging NVL of in dienst zijn van een door ons gecontracteerd kraamcentrum. Een lijst met gecontracteerde kraamcentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Principe Plus Polis

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

Artikel 22 Adoptie-kraamzorg of medische screening bij adoptie

Nadat een of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van de zorgverzekering wettig zijn geadopteerd, bij ons zijn ingeschreven in de Principe Polis, vergoeden wij de kosten van:

- adoptiekraamzorg door een hiervoor door ons gecontracteerd kraamcentrum of
- medische screening (preventief onderzoek) bij een adoptiekind afkomstig uit het buitenland.

Een lijst met gecontracteerde kraamcentra kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

- Bij kraamzorg moet het adoptiekind op het moment van adoptie jonger zijn dan 12 maanden en niet reeds deel uitmaken van het desbetreffende gezin.
- De medische screening moet worden uitgevoerd door een kinderarts.
- De medische screening moet een verplicht onderdeel van het adoptieproces vormen.

Uitsluiting

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

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	adoptiekraamzorg: maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind
3 sterren	adoptiekraamzorg: maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind
4 sterren	adoptiekraamzorg: maximaal 3 dagen gedurende 3 uur per dag óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

Artikel 23 Vervoer van zieken

23.1 Vervoerskosten

Wij vergoeden de kosten van zittend ziekenvervoer wanneer en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is. De vergoeding geldt voor verzekerden die geen recht hebben op vergoeding van vervoer vanuit de Principe Polis. Wij vergoeden de kosten van taxivervoer of eigen vervoer per auto zowel naar als van:

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

Wij vergoeden bij grensoverschrijdend vervoer vanuit Nederland naar België of Duitsland de hiervoor genoemde kosten van zittend ziekenvervoer indien de behandeling op maximaal 55 kilometer vanaf de grens plaatsvindt.

Bij ziekenhuisopname via onze zorgbemiddeling is vergoeding volgens artikel 24.3 mogelijk.

Bij taxivervoer door een niet door ons gecontracteerde vervoerder ontvangt u slechts een gedeeltelijke vergoeding. Wilt u weten welke taxivervoerders wij gecontracteerd hebben, neemt u dan contact op met onze Vervoerslijn, telefoonnummer 0900 – 230 23 40.

Voorwaarden

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

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	eigen vervoer € 0,27 per km; taxivervoer gecontracteerd 100%, niet gecontracteerd maximaal € 0,70 per km. Na een eigen betaling van € 92,- per persoon per kalenderjaar. Deze eigen betaling is niet verschuldigd indien het maximum van de wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer op basis van de Principe Polis is bereikt. Maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	eigen vervoer € 0,27 per km; taxivervoer gecontracteerd 100%, niet gecontracteerd maximaal € 0,70 per km. Maximaal € 2.000,- per persoon per kalenderjaar

23.2 Eigen bijdrage vervoerskosten

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

Principe Plus Polis

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

Artikel 24 Buitenland

24.1 Spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland. Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland. Er moet sprake zijn van een acute situatie die is ontstaan ten gevolge van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Voor verzekerden die op grond van de Principe Polis aanspraak hebben op spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- behandeling door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisopname en operatie;
- door een arts voorgeschreven behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer van u naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen tot 18 jaar.

Voorwaarden

- De kosten worden alleen vergoed wanneer ze ook in Nederland vanuit de Principe Polis zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via Eurocross Assistance.
- Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf 18 jaar wordt alleen door ons vergoed wanneer u een Beter Af Tandarts Polis heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

Principe Plus Polis

1 ster	aanvulling tot kostprijs, bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden
2 sterren	aanvulling tot kostprijs, bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden
3 sterren	aanvulling tot kostprijs, bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden
4 sterren	aanvulling tot kostprijs, bij aaneengesloten verblijf van maximaal 12 maanden

24.2 Niet spoedeisende zorg

Wij vergoeden bij ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis, zoals genoemd in artikel 1 van de Principe Polis, de kosten van niet gecontracteerde niet spoedeisende zorg in het buitenland. Voor verzekerden die op grond van de Principe Polis aanspraak hebben op niet spoedeisende zorg in het buitenland geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten die gelden in aanvulling op de in artikel 1 van de Principe Polis specifiek genoemde behandelingen waarvoor een lagere vergoeding geldt dan bij een gecontracteerde zorgverlener.

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	geen dekking
4 sterren	25% van het Nederlandse tarief

24.3 Vervoerskosten bij zorgbemiddeling naar het buitenland

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

Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- Er moet sprake zijn van wachttijdverkorting.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn.

De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak kunt maken.

Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is 0900 – 230 23 40.

Informatie over ziekenvervoer vindt u in de brochure 'Vervoer' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	gecontracteerd taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,27 per km
3 sterren	gecontracteerd taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,27 per km
4 sterren	gecontracteerd taxivervoer 100%; openbaar vervoer (laagste klasse) 100%; eigen vervoer € 0,27 per km

24.4 Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden bij zorgbemiddeling naar het buitenland

Wij vergoeden, wanneer u vanuit Nederland voor zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling op grond van artikel 25.3, voor uw gezinsleden bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:

- de overnachtingskosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis;
- een kilometervergoeding bij vervoer per eigen auto van en naar het ziekenhuis.

Voorwaarde

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

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,27 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname
3 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,27 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname
4 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; eigen vervoer: € 0,27 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

Artikel 25 Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden de kosten van:

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

Voorwaarden

- Het ziekenvervoer vloeit voort uit spoedeisende zorg in het buitenland.
- Eurocross Assistance moet vooraf toestemming hebben gegeven.

Principe Plus Polis

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

Artikel 26 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

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

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera;
- rabiës (hondsdoelheid);
- Früh Sommer Meningo Encephalitis (tekenbeet);
- hepatitis A/B.

Bij een niet door ons gecontracteerde instelling geldt een eigen betaling.

Een lijst met vestigingen van Meditel en de Travel Clinics van Achmea Vitale kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Principe Plus Polis

1 ster	consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en Travel Clinics van Achmea Vitale: 100%, bij andere zorgverleners: 75%, geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma: 100%. bij andere zorgverleners: 75%
2 sterren	consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en Travel Clinics van Achmea Vitale: 100%, bij andere zorgverleners: 75%, geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma: 100%. bij andere zorgverleners: 75%
3 sterren	consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en Travel Clinics van Achmea Vitale: 100%, bij andere zorgverleners: 75%, geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma: 100%. bij andere zorgverleners: 75%
4 sterren	consulten en vaccinaties bij vestigingen van Meditel en Travel Clinics van Achmea Vitale: 100%, bij andere zorgverleners: 75%, geneesmiddelen ter voorkoming van malaria bij levering via eFarma: 100%. bij andere zorgverleners: 75%

Artikel 27 Herstellingsoorden

Wij vergoeden de kosten van opname in een door ons gecontracteerd herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. Een lijst met gecontracteerde herstellingsoorden kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

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

Principe Plus Polis

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

Artikel 28 Therapeutische vakantiecampen

28.1 Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen

Wij vergoeden voor kinderen tot 18 jaar de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp georganiseerd door:

- Stichting Gezond Gewicht (Dikke Vrienden Kamp);
- Stichting de Luchtballon voor astmatische kinderen;
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen;
- Stichting de Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Jump).

Principe Plus Polis

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

28.2 Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt zijn de kosten van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp.

Principe Plus Polis

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

Artikel 29 Herstel en Balans

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

Voorwaarde

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

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 800,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 1.200,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 30 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie

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

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten van een podoloog alleen wanneer u bent doorverwezen door een arts.
- De behandelend podoloog moet als Register-Podoloog B geregistreerd staan bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- De behandelend podoposturaal therapeut moet zijn aangesloten bij de beroepsvereniging Omni Podo Genootschap.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van schoenen en schoenaanpassingen.

Principe Plus Polis

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

Artikel 31 Steunzolen

Wij vergoeden de kosten van een paar steunzolen.

Voorwaarde

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

Uitsluiting

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

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 35,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 32 Pedicurezorg

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

Voorwaarden

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

Principe Plus Polis

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

Artikel 33 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van:

- acnébehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen;
- camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen;
- elektrische epilatie behandelingen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut of laserepilatie behandelingen door een huidtherapeut bij vrouwen waarbij sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbehaarung.

Voorwaarden

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

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 600,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 34 Mantelzorgvervanging voor gehandicapten en chronisch zieken

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

Voorwaarde

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

Principe Plus Polis

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

Artikel 35 Vakantiehotels en vaarvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken

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

Voorwaarden

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

Principe Plus Polis

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

Artikel 36 Preventieve onderzoeken

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

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

Voorwaarden

- Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een door ons gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkzaam is. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- Het onderzoek moet conform de geldende wetgeving toelaatbaar zijn.

Uitsluiting

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

Principe Plus Polis

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

Artikel 37 Leefstijlinterventies

37.1 Dieetadvisering/voedingsvoorlichting

Wij vergoeden de kosten van:

- dieetadvisering door een door ons gecontracteerde diëtist. Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Voor verzekerden die op grond van de Principe Polis aanspraak hebben op dieetadvisering geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis;
- voedingsvoorlichting door een door ons gecontracteerde gewichtsconsulent of een door ons gecontracteerde diëtist. Voedingsvoorlichting omvat voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten zonder medisch doel.

Een lijst met gecontracteerde diëtisten en gewichtsconsulenten kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Principe Plus Polis

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

37.2 (Preventieve) cursussen

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

- hartproblemen, cursus die ten doel heeft om patiënten te leren omgaan met hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
- lymfoedeem, bewustwordings- en/of zelfmanagementcursus die ten doel heeft zelf een actieve bijdrage te leveren aan het voorkomen, signaleren en/of behandelen van lymfoedeem. De cursus moet worden georganiseerd door een daartoe bevoegde docent die de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN) heeft gevolgd. Een lijst met bevoegde docenten kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew, cursus die ten doel heeft om patiënten te leren omgaan met hun ziekte, georganiseerd door de reuma patiëntenbond of een thuiszorginstelling;
- diabetes type 2 patiënten, basis of vervolg educatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling;
- afvallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling, één van de schriftelijke- en online programma's georganiseerd door Happy Weight of het programma 'Sportief afslanken' georganiseerd door onze health Centers;
- stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, I Quit Smoking of een thuiszorginstelling en hiervoor door ons gecontracteerde lasertherapeuten bij Prostop Lasertherapie, Lasercentrum SMOKE FREE en Lasercentra Noord - Oost Nederland. Voor verzekerden die op grond van de Principe Polis aanspraak hebben op een stoppen-met-roken-programma geldt deze vergoeding niet;
- de 'Vrij van alcohol' training, georganiseerd door De Helderheid;
- basis Reanimatiecursus via de Nederlandse Hartstichting;
- EHBO, die opleidt tot het diploma 'Eerste Hulp' van het Oranje Kruis of het certificaat 'Eerste Hulp' van het Rode Kruis georganiseerd door:
 - de plaatselijke EHBO-vereniging;
 - ledereen EHBO (internetcursus);
 - het Rode Kruis;
- eerste hulp bij kindergevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging of de internetcursus EHBO bij kinderen van ledereen EHBO;
- slaaptherapie, georganiseerd door Somnio. Deze online slaapcursus biedt online professioneel advies en praktische oplossingen om beter te slapen.

Voorwaarde

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

Principe Plus Polis

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

37.3 Overgangsconsulent

Wij vergoeden het consulttarief van een overgangsconsult.

Voorwaarde

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women of de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOG) of voldoen aan de kwaliteitseisen van één van deze organisaties.

Principe Plus Polis

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

37.4 Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal één basis leefstijltraining georganiseerd door Leefstijl Training & Coaching in Dalfsen voor:

- hartpatiënten;
- whiplashpatiënten;
- mensen met stress- en burn out gerelateerde klachten,

Voorwaarde

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

Principe Plus Polis

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

Artikel 38 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden de kosten van een sportmedisch onderzoek in een Sportmedische Instelling:

Voorwaarde

De Sportmedische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek die wordt uitgevoerd door een sportarts ter beoordeling van de individuele gezondheid en geschiktheid van de verzekerde om een specifieke sport uit te oefenen of om toegelaten te worden tot een sportopleiding.

Principe Plus Polis

1 ster	sportmedisch onderzoek per persoon 1x per 2 kalenderjaren: Basis: maximaal € 85,-, Basis Plus: maximaal € 100,-, Groot: maximaal € 135,-
2 sterren	sportmedisch onderzoek per persoon 1x per 2 kalenderjaren: Basis: maximaal € 85,-, Basis Plus: maximaal € 100,-, Groot: maximaal € 135,-
3 sterren	sportmedisch onderzoek per persoon 1x per 2 kalenderjaren: Basis: maximaal € 85,-, Basis Plus: maximaal € 100,-, Groot: maximaal € 135,-
4 sterren	sportmedisch onderzoek per persoon 1x per 2 kalenderjaren: Basis: maximaal € 85,-, Basis Plus: maximaal € 100,-, Groot: maximaal € 135,-

Artikel 39 Sportarts

Wij vergoeden de kosten van een blessure- of herhalingsconsult door een sportarts in een Sportmedische Instelling.

Voorwaarde

De Sportmedische Instelling moet zijn erkend door de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Principe Plus Polis

1 ster	maximaal 2x per persoon per kalenderjaar
2 sterren	maximaal 2x per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal 2x per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal 2x per persoon per kalenderjaar

Artikel 40 Obesitasbehandeling

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

Voorwaarden

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

Principe Plus Polis

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

Artikel 41 Orthodontie tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie).

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts.

Uitsluiting

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

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	90% tot maximaal € 1.500,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering tot de 18 jarige leeftijd
3 sterren	90% tot maximaal € 2.000,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering tot de 18 jarige leeftijd
4 sterren	90% tot maximaal € 2.500,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering tot de 18 jarige leeftijd

Artikel 42 Tandheelkundige zorg tot 18 jaar - kronen, bruggen, inlays en implantaten

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

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

Principe Plus Polis

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

Artikel 43 Tandheelkundige zorg – eigen bijdrage prothesen

Wij vergoeden de kosten van de op basis van de Principe Polis in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per boven- of onderkaak bij een overkappingsprothese op implantaten en eigen betaling van 25% bij een uitneembare volledige prothese.

Principe Plus Polis

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

Artikel 44 Kinderopvang tijdens ziekenhuisopname ouder(s)

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

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- De kinderopvang moet worden geregeld en geleverd door een hiervoor door ons gecontracteerde instelling. Als u gebruik wilt maken van kinderopvang, neemt u dan contact op met onze klantenservice.

Uitsluiting

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

Principe Plus Polis

1 ster	maximaal 50 uur per week
2 sterren	maximaal 50 uur per week
3 sterren	maximaal 50 uur per week
4 sterren	maximaal 50 uur per week

Artikel 45 Hospice

Wij vergoeden de eigen bijdragen bij verblijf in een hospice ten behoeve van een verzekerde wanneer:

- een medische indicatie voor verpleging door zowel de behandelend arts als onze medisch adviseur aanwezig wordt geacht;
- de verzekerde zich naar het oordeel van onze medisch adviseur in de laatste levensfase bevindt;
- de hospice participeert in het netwerk palliatieve zorg in de regio en maakt geen deel uit van een gezondheidsinstelling zoals een verpleeghuis, bejaarden- of verzorgingstehuis.

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 115,- per etmaal voor maximaal 2 maanden
3 sterren	maximaal € 115,- per etmaal voor maximaal 2 maanden
4 sterren	maximaal € 115,- per etmaal voor maximaal 3 maanden

Artikel 46 Zorgregelaar

Wij vergoeden de kosten van de ondersteuning van de Zorgregelaar voor verzekerden met complexe zorgvragen rondom de Zorgverzekeringswet, AWBZ, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en daarmee gepaard gaande regeltaken op het gebied van zorg, arbeid, welzijn, wonen of financiën. Recht op vergoeding geldt zowel voor de verzekerde die voor zichzelf van de Zorgregelaar gebruik maakt als voor de verzekerde die mantelzorg is en de Zorgregelaar inzet ten behoeve van degene voor wie hij zorgt.

Voorwaarden

- De diensten Zorgregelaar vallen onder de dekking, voor zover deze niet reeds worden gedekt op grond van de Zorgverzekeringswet, de Wmo of de AWBZ.
- De diensten Zorgregelaar moeten worden onderscheiden van de dienst-verlening die behoort tot de bestaande zorgplicht van de zorgverzekeraar en/of het zorgkantoor uit hoofde van de Zorgverzekeringswet en/of de AWBZ voor de verzekerde.

Om in aanmerking te komen voor deze vergoeding dient u contact met ons op te nemen op telefoonnummer (071) 365 28 02. In eerste instantie zullen wij uw zorgvragen telefonisch met u in kaart brengen en, indien mogelijk, direct beantwoorden.

Wanneer wij vaststellen dat, in verband met de complexiteit van uw zorgvragen, de behoefte bestaat aan verdergaande ondersteuning zullen wij de Zorgregelaar voor u inschakelen.

De aanspraak op de vergoeding van de Zorgregelaar vangt aan vanaf het moment van inschakeling. Het moment van inschakeling verschilt voor de verzekerde en de mantelzorg.

Voor de mantelzorg neemt de vergoeding direct bij inschakeling een aanvang. Voor de verzekerde neemt de vergoeding een aanvang daar waar de ondersteuning verder gaat dan de zorgplicht Zorgverzekeringswet en de AWBZ.

De Zorgregelaar stelt in samenspraak met u het aantal benodigde uren ondersteuning vast.

Bij ondersteuning in het kader van een persoonsgebonden budget (PGB) AWBZ en/of Wmo worden de uren van de Zorgregelaar pas op grond van dit artikel vergoed indien en voor zover deze de maximale kosten die de budgethouder vanuit het PGB mag gebruiken voor bemiddeling te boven gaan. Verzekerde dient in dit kader contact op te nemen met het betreffende zorgkantoor. De hoogte van het bedrag dat aan kosten van bemiddeling bij het tot stand brengen van een zorgovereenkomst en de organisatie van de zorgverlening mag worden besteed, kan per zorgkantoor verschillen.

Principe Plus Polis

1 ster	maximaal 3 uur ondersteuning per persoon per kalenderjaar
2 sterren	maximaal 3 uur ondersteuning per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal 6 uur ondersteuning per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal 9 uur ondersteuning per persoon per kalenderjaar

Artikel 47 Complementaire zorg

Wij vergoeden complementaire zorg als aanvulling op de reguliere zorg van palliatieve patiënten.

Voorwaarde

U moet van tevoren contact met ons opnemen. Wij indiceren of de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt.

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 200,-
4 sterren	maximaal € 350,-

Artikel 48 Psychosociale hulp

Steeds meer mensen in Nederland doen een beroep op de zogenaamde psychosociale hulpverlening. Juist op dit terrein speelt de identiteit van de betrokken persoon een belangrijke rol.

DVZ wil daarom ruimte bieden aan psychosociale hulpverlening die én deskundig is én aansluit bij de leefwereld en de christelijke levensovertuiging van de verzekerde.

Onder psychosociale hulp verstaat DVZ hulpverlening aan personen met een probleem dat is in te delen in een van de volgende categorieën:

- relatieproblemen;
- problemen rondom verwerking van schokkende gebeurtenissen en overlijden;
- psychosomatische klachten.

Voorwaarden

- Het moet gaan om kortdurende behandeling van psychosociale problemen door een maatschappelijk werker die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling. Kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter vallen buiten de dekking.
- De behandelaar is gewoon lid van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Christen Hulpverleners, de Christelijke Vereniging van Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten of voldoet aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of bedrijfsarts.

Uitsluiting

Kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter vallen buiten de dekking.

Herstellingsoorden

Wij vergoeden de kosten van opname in een herstellingsoord dat lid is van de Federatie Evangelische Zorg Organisaties (FEO) of voldoet aan dezelfde kwaliteitseisen.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	75% tot maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	75% tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	100% tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 49 Natuurlijke Familie Planning

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van:

- de Basiscursus voor gezinsplanning van NFP – Nederland of
- de Lady-Comp, Baby-Comp en Pearly, (anti-)conceptie op natuurlijke basis.

Principe Plus Polis

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
3 sterren	maximaal € 150,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
4 sterren	maximaal € 200,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Tandarts Polis

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of een door ons gecontracteerde tandprotheticus. Een lijst met gecontracteerde tandprothetici kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Wij vergoeden bij een tandarts de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes) voor 100%. Mondhygiëne, kleine vullingen en sealing mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiënist wanneer u bent doorverwezen door een tandarts.

Een mondhygiënist kan, afhankelijk van welke behandeling u krijgt, zowel M-codes als T-codes (parodontologische behandelingen) declareren. Wanneer een mondhygiënist T-codes declareert, dan krijgt u een vergoeding van 75% bij een Tandarts Polis met 1, 2 of 3 sterren, met inachtneming van de totale maximale vergoeding.

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

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende codes:

- C70 en C75 (keuringsrapporten) en C90 (niet nagekomen afspraak);
- E97, E98 en E00 (uitwendig bleken van tanden en kiezen);
- G71, G72 en G73 (Mandibulair Repositie Apparaat (MRA));
- D-codes (orthodontie);
- Z-codes (abonnementen).

Tandarts Polis 1 ster

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

Tandarts Polis 2 sterren

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

Tandarts Polis 3 sterren

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

Tandarts Polis 4 sterren

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

Ziekenhuis Extra Pakket

Wij vergoeden bij ziekenhuisopname van een verzekerde van 18 jaar en ouder de kosten van extra comfortvoorzieningen. De comfortvoorzieningen bestaan uit opname in een 1- of 2-persoonskamer en aanvullende comfortservices zoals bijvoorbeeld TV aansluiting, telefoon, krant of tijdschrift of gevulde koelkast met drankjes op de kamer. Wij vergoeden deze kosten niet bij verblijf op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis of psychiatrisch ziekenhuis.

De dekking bestaat uit drie vergoedingsmogelijkheden:

Ziekenhuizen in Nederland waarmee wij afspraken hebben gemaakt

Met diverse ziekenhuizen in Nederland zijn afspraken gemaakt over extra comfortvoorzieningen. Wij vergoeden de hiervoor door het ziekenhuis in rekening gebrachte kosten. Indien een 1- of 2-persoonskamer voor u niet beschikbaar is, vergoeden wij € 70,- per dag dat u in het ziekenhuis verblijft, tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar. Een overzicht van de door ons gecontracteerde ziekenhuizen voor comfortvoorzieningen kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Ziekenhuizen in Nederland waarmee wij geen afspraken hebben gemaakt

Wanneer u in een ziekenhuis in Nederland verblijft waar wij géén afspraken mee hebben gemaakt over extra comfortvoorzieningen, heeft u recht op maximaal € 150,- per dag voor de extra kosten voor een 1- of 2-persoonskamer die hiervoor door het ziekenhuis in rekening zijn gebracht. Indien de 1- of 2-persoonskamer voor de verzekerde niet beschikbaar is, vergoeden wij € 70,- per dag dat u in het ziekenhuis verblijft, tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar.

Comfortvoorzieningen in een buitenlands ziekenhuis

Wanneer u in een buitenlandse zorginstelling verblijft en u ondergaat daar een door ons gecontracteerde medische behandeling, dan vergoeden wij de extra kosten in verband met een 1- of 2-persoonskamer. Wij vergoeden ook de kosten van een eventuele honorariumtoeslag.

Wanneer u verblijft in een buitenlandse zorginstelling en u ondergaat daar een niet door ons gecontracteerde medische behandeling, dan vergoeden wij maximaal € 70,- per dag van de extra kosten voor een 1- of 2-persoonskamer, tot maximaal € 4.900,- per kalenderjaar. Een eventuele honorariumtoeslag komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Indien er sprake is van dagvergoeding in zowel Nederland als in het buitenland geldt een maximale vergoeding van € 4.900,- per kalenderjaar voor opname in Nederland en het buitenland tezamen.

Contact

Kijk op

www.dvz.nl

Bel naar

Klantenservice (071) 365 28 02

Schrijf naar

DVZ Zorgverzekeringen
Postbus 31800
2200 GX Noordwijk

Zorgkosten declareren

DVZ Zorgverzekeringen
Afdeling Declaratieservice
Postbus 70001
3000 KB Rotterdam