

Voorwaarden en vergoedingen
Keuze Zorg Plan en aanvullende verzekeringen Avéro Achmea 2015



**Ingangsdatum
1 januari 2015**

Dit zijn de voorwaarden van uw basisverzekering en de aanvullende verzekeringen

U heeft bij ons de basisverzekering **Keuze Zorg Plan afgesloten**. Dit is een restitutiepolis. Dit betekent dat u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg (restitutievergoedingen). Deze basisverzekering kunt u aanvullen met 1 of meerdere aanvullende verzekeringen.

De overheid bepaalt de inhoud van de basisverzekering

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

Welke informatie vindt u in de voorwaarden?

- In deze voorwaarden leest u welke zorg u wel en niet vergoed krijgt uit het **Keuze Zorg Plan** en aanvullende verzekering(en). De voorwaarden zijn als volgt ingedeeld:
- de algemene voorwaarden basisverzekering (algemene informatie over het **Keuze Zorg Plan**, zoals de premie, het eigen risico en waar u zich aan moet houden);
- de aanspraken en vergoedingen **Keuze Zorg Plan** (op welke aanspraken en vergoedingen u recht heeft en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn);
- de algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen;
- vergoedingen aanvullende verzekeringen.

Hoe vindt u de vergoeding die u zoekt?

Uw zorg kan vergoed worden uit het **Keuze Zorg Plan** en/of uw aanvullende verzekering(en). De aanspraken en vergoedingen van het **Keuze Zorg Plan** vindt u op pagina 9 t/m 31. De vergoedingen van de aanvullende verzekeringen vindt u op pagina 34 t/m 49.

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

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

1. U zoekt 'Dieetadvies' op onder de 'D' in de 1ste kolom van het alfabetisch overzicht.
2. In de 2de en 3de kolom 'Basisverzekering **Keuze Zorg Plan**' vindt u het artikel- en paginanummer van de vergoeding voor 'Dieetadvies' vanuit de basisverzekering. In artikel 35 van de aanspraken en vergoedingen **Keuze Zorg Plan** leest u vervolgens waar u recht op heeft. Ook leest u in artikel 35 aan welke voorwaarden u moet voldoen en welke uitsluitingen er zijn.
3. In de 4de en 5de kolom vindt u het artikel- en paginanummer van de vergoeding voor 'Dieetadvies' vanuit de aanvullende verzekering. **Let op!** De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering komt boven op de vergoeding vanuit de basisverzekering. In artikel 47.1 van de vergoedingen aanvullende verzekeringen leest u vervolgens waar u, afhankelijk van het type aanvullende verzekering dat u heeft afgesloten, recht op heeft.

Toestemming nodig?

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

Voordelen van gecontracteerde zorg

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Wilt u zorg van een zorgverlener of zorginstelling met wie of waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dat kan. Wij vergoeden de nota. Maar let op: wij vergoeden nooit meer dan wat in Nederland gebruikelijk is. Als de zorgaanbieder meer vraagt, zijn de extra kosten voor uw eigen rekening.

Wij vergoeden uw nota in de meeste gevallen 100%. Als regel houden wij aan:

- Is er een wettelijk tarief; dan vergoeden wij de nota tot maximaal dit wettelijke tarief.
- Is er geen wettelijk tarief; dan vergoeden wij de nota tot maximaal het bedrag dat in Nederland gebruikelijk is (marktconforme tarief). Dit betekent dat wij in de meeste gevallen de nota 100% zullen vergoeden. Alleen onredelijk hoge bedragen vergoeden wij niet!

In artikel 4 van de algemene voorwaarden van **Keuze Zorg Plan** leest u hier meer over (zie pag. 11).

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

Verplicht eigen risico

De basisverzekering heeft voor iedereen van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico. De overheid stelt de hoogte vast van het verplicht eigen risico. U betaalt geen eigen risico voor:

- zorg die wordt vergoed vanuit uw aanvullende verzekering(en);
- zorg van een huisarts;
- zorg voor kinderen tot 18 jaar;
- bruikleenartikelen met uitzondering van onderhouds- en gebruikskosten;
- kraamzorg en verloskundige hulp (geen geneesmiddelen, bloeddrukonderzoeken, vlokentesten of ziekenvervoer);
- ketenzorg;
- nacontrole van de donor;
- de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- de kosten van verpleging en verzorging in de eigen omgeving.

In artikel 6 van de algemene voorwaarden van het **Keuze Zorg Plan** leest u meer over het verplicht eigen risico (zie pag. 10).

Vrijwillig gekozen eigen risico

Naast het verplicht eigen risico kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Dit betekent dat u uw eigen risico kunt verhogen met € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. Uw premie voor het **Keuze Zorg Plan** wordt hierdoor lager.

In artikel 7 van de algemene voorwaarden van het **Keuze Zorg Plan** leest u meer over het vrijwillig gekozen eigen risico (zie pag. 11).

Avéro Achmea
Postbus 101
7300 AK Apeldoorn
Nederland
www.averoachmea.nl

Wat vindt u waar?

Deze voorwaarden zijn als volgt ingedeeld:	Blz
Inhoudsopgave	4
Alfabetisch overzicht vergoedingen	5
Algemene voorwaarden Keuze Zorg Plan	9
Begripsbepalingen Keuze Zorg Plan	16
Vergoedingen Keuze Zorg Plan	19
Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen	32
Begripsbepalingen aanvullende verzekeringen	33
Vergoedingen aanvullende verzekeringen	34
Aanvullende Verzekering Tandartskosten	50
Aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering (niet meer af te sluiten)	51

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

Optimaal bereikbaar voor u

Wij willen zo goed mogelijk bereikbaar voor u zijn.

Op de volgende manieren staan wij voor u klaar:

- Voor algemene vragen belt u met onze Klantenservice 071 751 00 22
- Voor vragen over vervoer en het aanvragen van een machtiging voor vervoerskosten belt u met onze Vervoerslijn 071 365 41 54
- Voor noodgevallen in het buitenland is altijd voor u bereikbaar onze alarmcentrale Eurocross Assistance + 31 71 36 41 850
- Geen noodgeval in het buitenland maar wel een medische vraag? Bel dan met onze vakantiedokter + 31 71 36 41 802
- Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben gesloten? Kijk dan op www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener

U kunt ook alle informatie vinden op onze site: www.averoachmea.nl/zorg

Algemene voorwaarden Keuze Zorg Plan	9	Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen	32
Art. 1 Waarop is de basisverzekering gebaseerd?	9	Art. 1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?	32
Art. 2 Wat verzekert de basisverzekering (vergoedingen) en voor wie is deze bedoeld?	9	Art. 2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?	32
Art. 3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?	9	Art. 3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?	32
Art. 4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener of zorginstelling kunt u gaan?	10	Art. 4 Wat betaalt u?	32
Art. 5 Wat zijn uw verplichtingen?	10	Art. 5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?	32
Art. 6 Wat is uw verplicht eigen risico?	10	Art. 6 Wanneer gaat uw aanvullende verzekering in? En hoe wijzigt u deze?	33
Art. 7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?	11	Art. 7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?	33
Art. 8 Wat betaalt u?	12	Art. 8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?	33
Art. 9 Wat gebeurt er als u de premie niet op tijd betaalt?	12	Art. 9 Hoe gaan wij om met materiële controle?	33
Art. 10 Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?	12	Art. 10 Begripsbepalingen	33
Art. 11 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?	13	Vergoedingen aanvullende verzekeringen	34
Art. 12 Wanneer gaat uw basisverzekering in?	13	Alternatief	34
Art. 13 Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?	14	Botten, spieren en gewrichten	34
Art. 14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?	14	Buitenland	36
Art. 15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?	14	Fysiotherapie en oefentherapie	37
Art. 16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling	15	Huid	38
Art. 17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?	15	Hulpmiddelen	38
Art. 18 Heeft u een klacht?	15	Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten	40
Art. 19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?	15	Mond en tanden (mondzorg)	40
Art. 20 Wat zijn de gevolgen van fraude?	15	Ogen en oren	42
Art. 21 Begripsbepalingen	16	Spreken en lezen	43
		Vervoer	43
Vergoedingen Keuze Zorg Plan	19	Ziekenhuis, behandeling en verpleging	43
Botten, spieren en gewrichten	19	Zwanger (worden)/baby/kind	44
Fysiotherapie en oefentherapie	19	Overig	46
Hulpmiddelen	20	Vergoedingen aanvullende verzekeringen Tandartskosten (T Start, T Extra, T Royaal, T Excellent)	50
Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten	21	Vergoedingen aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering	51
Mond en tanden (mondzorg)	21		
Ogen en oren	23		
Psychische zorg	24		
Spreken en lezen	25		
Vervoer	26		
Ziekenhuis, behandeling en verpleging	26		
Zwanger (worden)/baby/kind	29		
Overig	30		

Alfabetisch overzicht aanspraken en vergoedingen

VERGOEDING	BASISVERZEKERING KEUZE ZORG PLAN		AANVULLENDE VERZEKERINGEN	
	ARTIKEL	BLZ	ARTIKEL	BLZ
Acnebehandeling			12	38
ADL (algemeen dagelijkse levensbehoefte) Hulpmiddelen			13.9	40
Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie			33	44
Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen			1	34
Ambulancevervoer	19.1	26		
Anticonceptiva (wettelijke eigen bijdrage) voor verzekerden van 21 jaar en ouder			14.3	40
Astmacentrum in Davos (Zwitserland)	20	26		
Audiologisch centrum	13	23		
Beademing (Mechanische)	22	26		
Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie van 18 jaar en ouder	3.3	20		
Besnijdenis (circumcisie)			25	43
Best Doctors			10.5	37
Bevalling en verloskundige zorg (eigen bijdrage)	30	29	34	45
Beweegprogramma's			4	35
Bewegen in extra verwarmd water bij reuma			5	35
Borstvoedingsadvies			38	45
Brillen en contactlenzen			19	42
Buitenland (zorg)			10	36
Buitenland spoedeisende zorg			10.1	36
Buitenland spoedeisende farmaceutische zorg			10.2	36
Camouflagetherapie			12	38
Circumcisie (besnijdenis)			25	43
Combinatietest (nekplooiemeting met bloedonderzoek)	34	30		
Contactlenzen			19	42
Correctie bovenoogleden			22.1	42
Correctie oorstand tot 18 jaar			22.3	42
Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie)			22.4	42
Counseling (uitleg over prenatale screening)	34	30		
Dagbehandeling	32	30		
Diagnostiek (algeheel onderzoek voor preventieve en tijdige)	34	30		
Dieetadvisering door een diëtist	35	30	47.1	47
Eicelvitricatie	31.4	30		
Elektrische borstkolf			35	45
Epilatie behandeling			12	38
Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	21	26		
Ergotherapie	1	19	3	34
Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten (eigen bijdrage)	5	21	14.1	40
Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar	3.2	20	11	38
Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	3.1	20	11	37
Gasthuis, overnachting nabij een ziekenhuis (bij poliklinische behandeling)			29	44
Gasthuis, verblijf- en reiskosten gezinsleden bij opname verzekerde			28	44
Generalistische Basis GGZ 18 jaar en ouder	15	24		
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) niet-klinisch 18 jaar en ouder	16	24		
Geneesmiddelen (eigen bijdrage)	5	21	14.1	40
Geriatrische revalidatie	26	28		
Gewichtsconsulent			47.2	47
Griepvaccinatie			14.4	40
Health Check			30.2	44
Herstel en Balans, voor ex-kankerpatiënten			42	46

VERGOEDING	BASISVERZEKERING KEUZE ZORG PLAN		AANVULLENDE VERZEKERINGEN	
	ARTIKEL	BLZ	ARTIKEL	BLZ
Herstellingsoorden			43	46
Hoofdbedekking of Toupin bij een medische behandeling of alopecia (haarverlies)			13.1.2	38
Hoortoestel (eigen bijdrage)			20	42
Hospice			44	46
Hotel-, bungalow- of vaarvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken			52.3	48
Huidverzorging			12	38
Huisartsenzorg	36	31		
Hulpmiddelen	4	20	13	38
Hulp aan huis bij ADL uitval na ziekenhuisverblijf			45	46
Hulpmiddelen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL hulpmiddelen)			13.9	40
Implantaten (uitneembare volledige prothese (kunstgebit))	10	23		
Invriezen (vitrificatie) van menselijke eicellen en embryo's	31.4	30		
IVF In-vitrofertilisatie (IVF)	31.1	29		
Kaakchirurgie	8	22		
Ketenzorg bij diabetes mellitus type 2, COPD, Astma en/of VRM	37	31		
Kinderopvang tijdens ziekenhuisopname ouder(s)			46	47
Kraampakket			36	45
Kraamzorg	32	30	37	45
Kraamzorg (uitgestelde)			37.4	45
Kraamzorg in een ziekenhuis, zonder medische indicatie (eigen bijdrage)	32	30	37.3	45
Kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum (eigen bijdrage)	32	30	37.2	45
Kunststempel of mamillaprothese (maatwerkstempel)			13.10	40
Lactatiekundige zorg (borstvoedingsadvies)			38	45
Leefstijlinterventies			47	47
Leefstijltrainingen			47.5	48
Lensimplantatie			21	42
Logopedie	18	25		
Lymfoedeem	3.1	20	11	37
Mammaprint			26	43
Mamillaprothese (maatwerkstempel)			13.10	40
Mantelzorgvervanging voor gehandicapten en chronisch zieken			48	48
Manuele lymfdrainage	3.1	20	11	37
Mechanische beademing	22	26		
Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten	5	21	14	40
Medisch specialistische zorg, verpleging en verblijf	29	28		
Medische screening bij adoptie			33	44
Melatonine			14.2	40
Nierdialyse (thuis)	23	27		
Niet Invasieve Prenatale Test	34	30		
Niet-klinisch Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) 18 jaar en ouder	16	24		
Obesitasbehandeling			27	43
Oedeemtherapie			11	37
Oefentherapie tot 18 jaar	3.2	20	11.2	38
Oefentherapie van 18 jaar en ouder	3.1	20	11.1	37
Oncologieonderzoek bij kinderen	33	30		
Online Zorgadvies			32	44
Ooglaseren			21	42
Orgaantransplantatie	24	27		
Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen	6	21		
Orthodontie (beugel) tot 18 jaar			15.1	41
Orthodontie (beugel) tot 22 jaar			15.2	41

VERGOEDING	BASISVERZEKERING KEUZE ZORG PLAN		AANVULLENDE VERZEKERINGEN	
	ARTIKEL	BLZ	ARTIKEL	BLZ
Orthodontie (beugel) van 22 jaar en ouder			15.3	41
Orthopedische geneeskunde			2	34
Overgangsconsult			47.4	48
Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus			29	44
Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname			28	44
Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden bij zorgbemiddeling naar België of Duitsland			10.4	37
Patiëntenverenigingen			49	48
Partusassistentie door kraamverzorgende (eigen bijdrage)			37.1	45
Pedicurezorg bij diabetes	2	19	6.2	35
Pedicurezorg bij reuma			6.1	35
Pedicurezorg na een herseninfarct			6.3	35
Persoonlijke alarmeringsapparatuur op medische indicatie			13.3	39
Persoonlijke alarmeringsapparatuur op sociale indicatie			13.4	39
Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor tijdelijk gebruik			13.4.2	39
Plakstrips mammaprothese			13.5	39
Plastische chirurgie	25	27	22	42
Plaswekker			13.6	39
Podotherapie/podologie/podoposturale therapie/steunzolen			7	35
Prenatale screening	34	30		
(Preventieve) cursussen			47.3	47
Preventieve onderzoeken			30	44
Prothese (kunstgebit) op implantaten	10.2	23		
Prothesen (kunstgebitten)	9	22		
Pruiken (eigen bijdrage)			13.1	38
Psychiatrische ziekenhuisopname 18 jaar en ouder	17	25		
Psychologische zorg	15	24		
Psychotherapie	15	24		
Repatriëring verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland			8	36
Revalidatie	26	27		
Second opinion	27	28		50
Sperma invriezen	31.3	30		
Sportarts			50	48
Sportmedisch onderzoek			51	48
Sterilisatie			31	44
Steunpessarium			13.7	39
Steunzolen			7	35
Stoppen-met-roken-programma	38	31		
Stottertherapie			23	43
Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	34	30		
Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder			17	41
Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	12	23		
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	7	22		
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten			16	41
Tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder – kaakchirurgie Aanvullende verzekeringen Tandartskosten	8	22		
Tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder– uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) Aanvullende verzekeringen Tandartskosten	9	22		
Tandheelkundige zorg van 18 tot 24 jaar – frontandvervanging met implantaten (uitgesteld)			18	41
Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap	11	23		
Tandheelkundige zorg, implantaten	10	23		
TENS bij bevalling			39	45

VERGOEDING	BASISVERZEKERING KEUZE ZORG PLAN		AANVULLENDE VERZEKERINGEN	
	ARTIKEL	BLZ	ARTIKEL	BLZ
Therapeutische vakantiekamp voor gehandicapten			52.2	48
Therapeutische vakantiekamp voor kinderen			52.1	48
Thuisdialyse	23	27		
Toupim of hoofdbedekking bij een medische behandeling of alopecia (haarverlies)			13.1.2	38
Trans-therapie			13.8	39
Transplantaties van organen en weefsel	24	27		
Trombosedienst	39	31		
Uitgestelde kraamzorg			37.4	45
Uitkering bij een Ongeval			53	49
Vaar-, hotel- of bungalowvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken			52.3	48
Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland			9	36
Verloskundige zorg (eigen bijdrage)	30	29	34	45
Verpleging en verzorging in de eigen omgeving	28	28		
Vervoer van zieken	19	26	24	43
Vervoerskosten (eigen bijdrage)			24.2	43
Vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland			10.3	37
Vitrificatie van menselijke eicellen en embryo's	31.4	30		
Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of diëtist			47.2	47
Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus	2	19		
Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (andere)	31.2	29		
Zelfhulpprogramma 'Slimmer Zwanger'			40	46
Zelfstandig behandelcentrum	29	28		
Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis	32	30		
Zintuigelijke gehandicaptenzorg	14	24		
Zittend ziekenvervoer	19.1	26		
Zorghotel			44	46
Zwangerschapscursus			41	46
AANVULLENDE VERZEKERINGEN TANDARTSKOSTEN				BLZ
T Start, T Extra, T Royaal en T Excellent				50
AANVULLENDE ZIEKENHUIS EXTRA VERZEKERING				51

Art. 1 Waarop is de basisverzekering gebaseerd?

- 1.1 **Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:**
- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
 - het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
 - de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
 - het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.
- 1.2 **Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk**
De vergoeding van kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven, wordt daarnaast naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 1.3 **Samenwerking met gemeenten**
Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed, (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

Art. 2 Wat verzekert de basisverzekering (vergoedingen) en voor wie is deze bedoeld?

- 2.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op de vergoeding van kosten van zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:
- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
 - verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.
- Onder 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.
- 2.2 **Procedure verzekering afsluiten**
U (verzekeringnemer) meldt zich voor de basisverzekering aan bij ons, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.
- 2.3 **Aanmelding en inschrijving**
Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op de vergoeding van kosten van zorg volgens deze wet.
- 2.4 **De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel**
Welk recht op vergoeding van kosten van zorg u heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

Art. 3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

- 3.1 U heeft geen recht op de vergoeding van kosten van zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:
- een gewapend conflict;
 - een burgeroorlog;
 - een opstand;
 - binnenlandse onlusten;
 - oproer en muiterij.
- Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, griepvrij, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op de vergoeding van kosten van:

- keuringen;
- griepvrijen;
- behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- behandelingen met sterilisatie als doel;
- behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie);
- het afgeven van doktersverklaringen.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel recht op de vergoeding van kosten van deze zorg.

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

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

U heeft geen recht op de vergoeding van kosten van zorg, als u:

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

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

3.4 Laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

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

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

3.5 Kosten van behandeling die uzelf of een familielid uitvoert

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

3.6 Vergoedingen die voortvloeien uit terrorisme

- 3.6.1 Is de behoefte aan zorg het gevolg van één of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat u recht heeft op vergoeding van een deel van de kosten van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van één of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op vergoeding van de kosten tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT).
- 3.6.2 De exacte definities en bepalingen bij de hiervoor genoemde vergoeding staan in het clauseblad terrorismedekking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorismeverzekerd.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website.
- 3.6.3 Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.
- 3.7 U heeft geen recht op de vergoeding van kosten van vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. Als u en wij hierover van mening verschillen, behouden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (CIZ, gemeente, mantelzorg, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening recht op vergoeding bestaat. Als uit het overleg volgt dat het recht op zorg aangewezen is op grond van een andere wet of voorziening dan de zorgverzekeringswet, dan is er geen aanspraak op deze zorg ten laste van uw basisverzekering.

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

- 4.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op de vergoeding van kosten van zorg. Wij vergoeden het deel van deze kosten dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener of zorginstelling die u kiest. U kunt kiezen uit:
- zorgverleners of zorginstellingen die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen);
 - zorgverleners of zorginstellingen met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen

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

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen

Wilt u zorg van een zorgverlener of zorginstelling met wie of waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan vergoeden wij 100% van de kosten van deze zorg tot maximaal het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum)tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan krijgt u de kosten 100% vergoed tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

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

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

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

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

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

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

Art. 5 Wat zijn uw verplichtingen?

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

5.2 Algemene verplichtingen

Wilt u zorg vergoed krijgen? Dan moet u aan de volgende verplichtingen voldoen:

- Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
 - rijbewijs;
 - paspoort;
 - Nederlandse identiteitskaart;
 - vreemdelingendocument.
- Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.

- U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- U bent verplicht een recente verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring mag niet ouder zijn dan 1 jaar.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

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

5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

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

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

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

5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

Let op! Om te bepalen of u recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is. Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op vergoeding. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op. Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de vergoeding recht op had. Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

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

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

Art. 6 Wat is uw verplicht eigen risico?

- Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit eigenrisicobedrag is. In 2015 is het verplicht eigen risico € 375 per verzekerde per kalenderjaar.
- Eerste € 375 van uw zorgkosten betaalt u zelf. Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op de vergoeding van de kosten van zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 375.

Let op! Fysiotherapeutische behandelingen voor een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst 'Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering' (artikel 3 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan') worden altijd verrekend met het eigen risico. Als de behandeling doorloopt in het volgende jaar, dan begint het eigen risico weer opnieuw te tellen.

6.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

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

6.4 Verplicht eigen risico is vrijgesteld

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

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

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Deze bedragen staan los van het verplicht eigen risico en tellen dus niet mee voor het volmaken van de € 375 aan verplicht eigen risico die wij inhouden.

6.6 Verplicht eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

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

6.7 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

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

6.8 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

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

6.9 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

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

6.10 Verplicht eigen risico in mindering brengen

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

Art. 7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?

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

7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op de vergoeding van de kosten van zorg. Dit doen wij nadat wij het volledige verplicht eigen risico hierop in mindering hebben gebracht. Het gaat om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u (verzekeringnemer) kiest naast het verplicht eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 500. Hierdoor is uw totale eigenrisicobedrag (€ 375 + € 500 =) € 875. Ontvangt uw zorgverlener € 950 van ons voor zorg die u heeft ontvangen? Dan brengen wij hierop het totale eigenrisicobedrag in mindering. Deze € 875 wordt automatisch van de rekening van de verzekeringnemer afgeschreven (zie ook artikel 6.10 van deze algemene voorwaarden).

7.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen vrijwillig gekozen eigen risico

Wij houden geen vrijwillig gekozen eigen risico in op:

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

- 7.4 **Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het vrijwillig gekozen eigen risico**
In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Deze bedragen staan los van het vrijwillig gekozen eigen risico en tellen dus niet mee voor het gekozen bedrag aan eigen risico dat wij inhouden.
- 7.5 **Vrijwillig gekozen eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt**
Wordt u 18 jaar in de loop van het kalenderjaar? Dan gaat uw vrijwillig gekozen eigen risico in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Hoe hoog uw vrijwillig gekozen eigen risico dan is, hangt af van over hoeveel maanden wij vrijwillig gekozen eigen risico mogen inhouden. Wordt u bijvoorbeeld 18 jaar op 26 juni? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico over 6 maanden (vanaf 1 juli).
- 7.6 **Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering later ingaat**
Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico op basis van hoeveel maanden u in dat kalenderjaar verzekerd bent. Start uw verzekering bijvoorbeeld op 1 oktober? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico over 3 maanden.
- 7.7 **Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt**
Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico voor het deel van het kalenderjaar dat u wel verzekerd was. Eindigt uw verzekering bijvoorbeeld op 30 september? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico over 9 maanden.
- 7.8 **Vrijwillig gekozen eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie**
Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het vrijwillig gekozen eigen risico dat wij in mindering moeten brengen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden.
- 7.9 **Vrijwillig gekozen eigen risico in mindering brengen**
Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.
Als u (verzekeringnemer) het vrijwillig gekozen eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.
- 7.10 **Vrijwillig gekozen eigen risico wijzigen**
Wilt u uw vrijwillig gekozen eigen risico aanpassen? Dan kan dat per 1 januari van het volgende kalenderjaar. Geef de wijziging van het vrijwillig gekozen eigen risico dan uiterlijk 31 december aan ons door. Deze wijzigingstermijn vindt u ook in artikel 12.5 van deze algemene voorwaarden.

Art. 8 Wat betaalt u?

- 8.1 **Wij stellen uw premie vast**
- 8.1.1 Wij stellen vast hoe hoog de premie van uw basisverzekering is. De verschuldigde premie is de premiegrondslag min een eventuele korting vanwege een vrijwillig gekozen eigen risico en/of een eventuele collectiviteitskorting. Beide kortingen berekenen wij op basis van de premiegrondslag.
- 8.1.2 Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Wordt de verzekerde 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.
- 8.1.3 Op het moment dat u (verzekeringnemer) niet meer deelneemt aan een collectiviteit, heeft u geen recht meer op de korting van deze collectiviteit.
- 8.2 **U (verzekeringnemer) betaalt de premie**
U (verzekeringnemer) moet de premie vooruitbetalen. U mag de premie die u (verzekeringnemer) moet betalen, niet verrekenen met de vergoeding van de kosten van zorg.
Beëindigt u (verzekeringnemer) of beëindigen wij uw basisverzekering tussentijds? Dan betalen wij premie die u te veel heeft betaald, terug. Wij gaan hierbij uit van een maand met 30 dagen. Hebben wij uw verzekering beëindigd vanwege fraude of misleiding (zie ook artikel 20 van deze algemene voorwaarden)? Dan kunnen wij een bedrag voor administratiekosten aftrekken van de premie die wij moeten terugbetalen.

- 8.3 **Hoe u (verzekeringnemer) de premie en andere kosten betaalt**
Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso betaalt:
- premie;
 - verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico;
 - wettelijke eigen bijdragen;
 - eigen betalingen;
 - eventuele overige vorderingen.
- Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via een automatische incasso? Dan kan het zijn dat u (verzekeringnemer) daarvoor administratiekosten moet betalen.
- 8.4 **Afschrijving 14 dagen van tevoren aangekondigd**
U (verzekeringnemer) ontvangt van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen 14 dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren. De automatische incasso van de premie kondigen wij 1 keer per jaar aan op het polisblad dat u van ons ontvangt.

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

- 9.1 **Er zijn regels voor hoe u de premie betaalt**
Als u premie moet betalen, moet u zich aan de regels hiervoor houden. Dit geldt ook als een derde de premie betaalt.
- 9.2 **Wij verrekenen achterstallige premie met schadekosten**
Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie aan ons betalen, en declareert u schadekosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie met de schadekosten.
Als u (verzekeringnemer) niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen.
- 9.3 Als u (verzekeringnemer) zich niet aan de betalingstermijn houdt
Heeft u (verzekeringnemer) ervoor gekozen om premie te betalen per kwartaal of (half)jaar? En betaalt u de premie niet binnen de betalingstermijn die wij hebben gesteld? Dan behouden wij ons het recht voor om u (verzekeringnemer) uw premie weer per maand te laten betalen. Het gevolg hiervan is dat u geen recht meer heeft op betalingskorting.
- 9.4 **U kunt de verzekering pas opzeggen als achterstallige premie is betaald**
Hebben wij u aangemaand om één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie te betalen? Dan kunt u (verzekeringnemer) de basisverzekering niet opzeggen totdat u de verschuldigde premie en eventuele administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente heeft betaald. Een uitzondering hierop is als wij de dekking van uw basisverzekering schorsen.
- 9.5 **Uitzondering op artikel 9.4**
Artikel 9.4 van deze algemene voorwaarden geldt niet, als wij binnen 2 weken aan u (verzekeringnemer) laten weten dat wij de opzegging bevestigen.

Art. 10 Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?

- 10.1 **Betalingsregeling als u uw premie 2 maanden niet heeft betaald**
Stellen wij vast dat u 2 maanden geen maandpremie heeft betaald? Dan bieden wij u (verzekeringnemer) binnen 10 werkdagen schriftelijk een betalingsregeling aan. Die betalingsregeling houdt in:
- dat u (verzekeringnemer) ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies bij u (verzekeringnemer) of derden te incasseren;
 - dat u (verzekeringnemer) met ons afspraken maakt om uw betalingsachterstand en schulden uit de zorgverzekering aan ons in termijnen terug te betalen;
 - dat wij de basisverzekering niet om reden van het bestaan van schulden als bedoeld onder b beëindigen en de dekking van de basisverzekering niet om deze reden schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u (verzekeringnemer) de machtiging genoemd onder a intrekt, of als u (verzekeringnemer) de gemaakte afspraken over de betalingen genoemd onder b niet nakomt.
 - In de brief staat dat u (verzekeringnemer) 4 weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. Ook leest u (verzekeringnemer) hierin wat er gebeurt, als u (verzekeringnemer) de maandpremie 6 maanden niet betaalt. Bovendien vindt u (verzekeringnemer) bij het aanbod informatie over schuldhulpverlening, hoe u (verzekeringnemer) die hulp kunt krijgen en welke schuldhulpverlening mogelijk is.

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

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

10.3 **Verzekerde(n) ontvangen kopieën van informatie over betalingsregeling**

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

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

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

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

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

Bent u (verzekeringnemer) het niet eens met de betalingsachterstand en/of de voorgenomen aanmelding bij het Zorginstituut Nederland zoals genoemd in artikel 10.4? Laat dit dan aan ons weten door middel van een bezwaarschrift. Wij melden u (verzekeringnemer) dan nog niet aan bij het Zorginstituut Nederland. Eerst onderzoeken wij dan, of wij uw schuld goed berekend hebben. Vinden wij dat wij uw schuld goed hebben berekend? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) hierover een bericht. Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met ons oordeel, kunt u (verzekeringnemer) dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijk rechter. U (verzekeringnemer) moet dat doen binnen 4 weken nadat u (verzekeringnemer) het bericht met ons oordeel heeft ontvangen. Wij melden u (verzekeringnemer) ook nu nog niet aan bij het Zorginstituut Nederland. Zie ook artikel 18 van deze algemene voorwaarden over klachtafhandeling.

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

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

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

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

- de verschuldigde premie;
- de vordering op grond van zorgkostennota's;
- de wettelijke rente;
- eventuele incassokosten;
- eventuele proceskosten.

Als wij u (verzekeringnemer) hebben afgemeld bij het

Zorginstituut Nederland, wordt de bestuursrechtelijke premie-inning stopgezet. In plaats daarvan betaalt u (verzekeringnemer) de nominale premie weer aan ons.

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

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

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

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

Art. 11 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

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

11.2 **Als uw premiegrondslag wijzigt**

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

11.3 **Als de voorwaarden en/of vergoedingen wijzigen**

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

Art. 12 Wanneer gaat uw basisverzekering in?

12.1 **De ingangsdatum staat op het polisblad**

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

12.2 **Al verzekerd? Dan kan de verzekering later ingaan**

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

12.3 **Afsluiten binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht ontstaat**

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

12.4 **Verzekering kan tot 1 maand gelden met terugwerkende kracht**

Gaat de basisverzekering in binnen 1 maand nadat een andere basisverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd? Dan werkt deze verzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere basisverzekering is geëindigd. Hierbij kunnen wij afwijken van wat is bepaald in artikel 925, eerste lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. De terugwerkende kracht van de basisverzekering geldt ook, als u uw vorige verzekering heeft opgezegd, omdat de voorwaarden verslechteren. Dit is bepaald in artikel 940, vierde lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

12.5 Uw basisverzekering wijzigen

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

12.6 Afspraken over ingangsdatum bij collectiviteitskorting

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

Art. 13 Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?

13.1 Uw basisverzekering herroepen

U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. Dit betekent dat u (verzekeringnemer) de basisverzekering kunt beëindigen binnen 14 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Stuur ons hiervoor een brief of een e-mail waarin u de verzekering opzegt. U (verzekeringnemer) hoeft hierbij geen redenen te geven. Wij gaan er dan van uit dat uw basisverzekering niet is ingegaan.

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

13.2 Uw basisverzekering beëindigen

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

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

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

Art. 14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering:

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

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

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen

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

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

- 14.3.1 Heeft het Zorginstituut Nederland u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het Zorginstituut Nederland u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het Zorginstituut Nederland en aan ons antwoorden dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.
- 14.3.2 Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.
- 14.3.3 U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

Art. 15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

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

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
- Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in de Keuze Zorg Plan wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.
 - De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

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

- Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan' tot maximaal:
- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in de Keuze Zorg Plan wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

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

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

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

15.4 Nota's uit het buitenland

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

Art. 16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

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

Art. 17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

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

17.2 U heeft een meldingsplicht

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

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

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

Art. 18 Heeft u een klacht?

18.1 **Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen?** Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtcoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per faxbericht. Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

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

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

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

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

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

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

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

18.6 Klachten over formulieren

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

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie?

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

Art. 19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

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

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

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens. Bovengenoemde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.

19.2 Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten

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

- schriftelijk bij Avéro Achmea, Postbus 101, 7300 AK in Apeldoorn;
- via telefoonnummer 071 751 00 22;
- via onze website.

19.3 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

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

19.4 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

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

19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer

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

Art. 20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

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

- onder valse voorwendselen;
 - op oneigenlijke grond en/of wijze.
- In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:
- een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
 - vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
 - een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;

- d. feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.
- 20.2 **Bij fraude geen vergoeding**
Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.
- 20.3 **Andere gevolgen van fraude**
Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:
- aangifte doen bij de politie;
 - uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
 - u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
 - uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

Art. 21 Begripsbepalingen

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

Apotheek

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

Apotheekhoudende

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

Arts

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

AWBZ

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

Basisverzekering

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

Bedrijfsarts

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

Bekkenfysiotherapeut

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

Bureau Jeugdzorg

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

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Contract met preferentiebeleid

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)-zorgproduct

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

Diëtist

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) 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 Achmea Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.

Fysiotherapeut

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

Geboortecentrum

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

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

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

Gezin

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

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ-instelling

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

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

Hulpmiddelenzorg

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

IDEA-contract

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

Jeugdarts

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

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

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

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

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

Klinisch psycholoog

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

Kraamcentrum

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

Kraamzorg

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

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

MDO-constructie GGZ

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

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

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

Multidisciplinaire samenwerking

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

Oefentherapeut

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

Opname

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

Optometrist

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

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

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

Podotherapeut

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

Polisblad

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

Preferente geneesmiddelen

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

Psychiater

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

Psychotherapeut

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

Revalidatie

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

Specialist ouderengeneeskunde

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

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Taxe-prijs

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

U/uw

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

Uitsluitingen

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

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer.

Verdragsland

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

Verloskundige

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

Verwijzing / Verklaring

Een verwijzing / verklaring is uiterlijk één jaar geldig.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

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

Wij/ons

Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Wijkverpleegkundige

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

Wlz

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

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum

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

Ziekenhuis

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

Zorggroep

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

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. die statutair gevestigd te Utrecht, KvK nummer: 30208633, en geregistreerd is bij de AFM onder nummer 12001023.

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

Botten, spieren en gewrichten

Art. 1 Ergotherapie

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Soms bij gecontracteerde ergotherapeuten geen verklaring nodig

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van toeslagen voor:

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

Art. 2 Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus

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

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

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

Zorgprofiel 1: Jaarlijks voetonderzoek door medisch pedicure/pedicure met certificaat Diabetische Voet (DV) of podotherapeut.

Zorgprofiel 2: Jaarlijks podotherapeutisch gericht voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door podotherapeut. Controle afspraken, educatie en stimuleren van zelfmanagement. Preventieve voetzorg ter voorkoming van ulcussen, deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een medisch pedicure of een pedicure met certificaat Diabetische Voet (DV).

Zorgprofiel 3: Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door podotherapeut. Toepassen van podotherapeutische therapie of therapieën en podotherapeutische controle consult door podotherapeut.

Preventieve voetverzorging en instrumentele behandeling bij druk en wrijvingsproblemen om het risico op een ulcus te minimaliseren. Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan de medisch pedicure of pedicure met certificaat Diabetische Voet (DV).

Zorgprofiel 4: Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door podotherapeut.

Toepassen van podotherapeutische therapie of therapieën en podotherapeutische controle consult door podotherapeut.

Preventieve voetverzorging en instrumentele behandeling bij druk en wrijvingsproblemen huid en nagels met als doel dat de huid intact blijft, zodat het risico op een ulcus laag blijft. Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan de medisch pedicure of pedicure met certificaat Diabetische Voet (DV).

De voetzorg die volgens deze polis vergoed wordt, is geregeld via ketenzorg of via zorgverleners buiten de zorgketen. Voor de voetzorg via ketenzorg verwijzen we u naar artikel 37 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan'.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

Fysiotherapie en oefentherapie

Art. 3 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van fysiotherapie en oefentherapie. Hieronder leest u om welke zorg het gaat en welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

3.1 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij de kosten van de 21e behandeling (per aandoening) en de daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut. Het moet dan wel gaan om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering". U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen ook een maximale behandelperiode opgenomen. Is manuele lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

3.2 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? En heeft u een aandoening die voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering"? Dan vergoeden wij de kosten van alle behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen ook een maximale behandelperiode opgenomen. U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen. Is manuele lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde fysiotherapeuten en oefentherapeuten hebben

wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid. Deze fysiotherapeuten en oefentherapeuten kunnen u behandelen zonder verwijzing. Dit noemen wij DTF of DTO (Directe Toegang Fysiotherapie/Oefentherapie). Via de Zorgzoeker op www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener vindt u de gecontracteerde zorgverleners en de PlusPraktijken voor fysiotherapie die DTF of DTO aanbieden.

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

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

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

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

Hulpmiddelen

Art. 4 Hulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van:

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

Voorwaarden voor vergoeding

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Achmea Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstellen van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Achmea Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstellen van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Achmea Reglement Hulpmiddelen. In

dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de algemene voorwaarden Keuze Zorg Plan.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan vergoeden wij de kosten niet op basis van dit artikel. Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 29 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan'.

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Art. 5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

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

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

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

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

- De geneesmiddelen of dieetpreparaten moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- Een apotheekhoudende moet de geneesmiddelen leveren. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.

- Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan vergoeden wij alleen de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op vergoeding van een niet-aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg.

In artikel 4.4 van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor vergoeding van specifieke geneesmiddelen en dieetpreparaten. Wij vergoeden de kosten van deze dieetpreparaten en de geneesmiddelen alleen, als u voldoet aan deze bepalingen.

Voorwaarden voor vergoeding van (deel)prestaties

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

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

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

De volgende geneesmiddelen en/of (deel)prestaties farmacie vergoeden wij niet:

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

Mond en tanden (mondzorg)

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

Art. 6 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

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

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

Art. 7 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

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

- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek 1 keer per jaar (jaarlijkse controle), of meerdere keren per jaar, als u tandheelkundig op die hulp bent aangewezen;
- b. incidenteel tandheelkundig consult;
- c. het verwijderen van tandsteen;
- d. maximaal 2 keer per jaar een fluoridebehandeling vanaf het moment van doorbreken van blijvende gebitselementen, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen. Wij moeten u hier wel vooraf toestemming voor hebben gegeven;
- e. sealing (afdichten groeven van kiezen);
- f. parodontale hulp (behandeling van tandvlees);
- g. anesthesie (verdoving);
- h. endodontische hulp (wortelkanaalbehandeling);
- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen (vullingen);
- j. gnathologische hulp (hulp bij kaakgewrichtsproblemen);
- k. uitneembare prothetische voorzieningen (frameprothese, partiële prothese (plaatje) of volledig kunstgebit);
- l. fronttandvervangning: tandvervangende hulp met niet-plastische materialen vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten) en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten. Wij vergoeden dit alleen als hierbij een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden vervangen worden, omdat deze tanden niet zijn aangelegd of als het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval;
- m. chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg;
- n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek voor orthodontische hulp.

Voorwaarden voor vergoeding

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

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

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

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

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

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

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

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

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Art. 10 Implantaten

10.1 Implantaten

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Let op! U heeft misschien ook recht op vergoeding van kosten van implantaten vanuit artikel 12 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan'.

10.2 Uitneembare volledige prothese (klikgebit) op implantaten

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

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Let op! U heeft misschien ook recht op vergoeding van kosten van een uitneembare prothese (klikgebit) op implantaten vanuit artikel 12 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan'.

Art. 11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

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

Voorwaarden voor vergoeding

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de zorg? Of laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of huisarts u hebben doorverwezen.

3. U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van deze zorg, als u niet al recht heeft op vergoeding van tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.
4. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de zorg. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Art. 12 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

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

- a. als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groei stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening;
- b. als een medische behandeling zonder de tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. En als u zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder de medische aandoening;
- c. als u een extreme angst heeft voor tandheelkundige behandelingen, volgens de gevalideerde angstschalen zoals die zijn omschreven in de richtlijnen van Centra voor Bijzondere Tandheelkunde.

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Let op! U heeft misschien ook recht op vergoeding van kosten van implantaten vanuit artikel 10 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan'.

Ogen en oren

Art. 13 Audiologisch centrum

13.1 Gehoorproblemen

Heeft u gehoorproblemen? Dan heeft u recht op vergoeding van kosten van zorg in een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

13.2 Spraak- en taalstoornissen bij kinderen

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Art. 14 Zintuiglijke gehandicaptenzorg

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

U komt voor deze zorg in aanmerking als u:

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

De multidisciplinaire zorg bestaat uit:

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

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

Bij visuele beperkingen is de oogarts of klinisch fysisch visueel systeem eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg, als het gaat om de coördinatie van de behandeling voor wat betreft de 'visusproblematiek'. De gezondheidszorgpsycholoog of vergelijkbare gedragskundige is eindverantwoordelijk voor de multidisciplinaire zorg, als het gaat om de coördinatie van de behandeling voor wat betreft de psychische en/of gedragsproblematiek en leren omgaan met de beperking. Ook andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

U heeft geen aanspraak op:

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

Psychische zorg

Art. 15 Generalistische Basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Heeft u een niet-complexe psychische stoornis? Dan vergoeden wij de kosten van Generalistische Basis GGZ (hierna te noemen: Basis GGZ).

Een van de volgende zorgverleners kan als hoofdbehandelaar optreden:

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

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

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

Voorwaarden voor vergoeding

1. U moet 18 jaar of ouder zijn.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, of een arts voor verstandelijk gehandicapten. De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijfsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).
3. Uit de verwijfsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor is verwezen en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijfsbrief:

- persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
- reden van verwijzing;
- waarnaar wordt verwezen (basis GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
- naam en functie verwijzer;
- handtekening verwijzer;
- datering (minimaal op de datum van de start van de behandeling, dat wil zeggen de datum van het eerste contact).

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

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

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

Heeft u een complexe psychische stoornis? Dan vergoeden wij de kosten van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg geleverd door een GGZ-instelling, psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog.

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

Voorwaarden voor vergoeding

1. U moet 18 jaar of ouder zijn.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten. De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijfsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).
3. Uit de verwijfsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor de verwijzing is en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijfsbrief:
 - persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
 - reden van verwijzing;
 - waarnaar wordt verwezen (gespecialiseerde GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
 - naam en functie verwijzer;
 - handtekening verwijzer;
 - datering (minimaal op de datum van de start van de behandeling, dat wil zeggen de datum van het eerste contact).Een verwijzing is uiterlijk 1 jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor vervolgbehandeling wel een nieuwe verwijzing nodig.

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

Art. 17 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wordt u opgenomen in een GGZ-instelling, zoals in een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis? Dan vergoeden wij de kosten van:

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

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

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

Hoeveel dagen verblijf met behandeling wij vergoeden

Wij vergoeden bij psychiatrisch verblijf met behandeling uw kosten voor een periode van maximaal 3 jaar die u ononderbroken in de GGZ-instelling verblijft.

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

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

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

- datering (minimaal op de datum van de start van de behandeling, dat wil zeggen de datum van het eerste contact).

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

Sprekens en lezen

Art. 18 Logopedie

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Soms bij gecontracteerde logopedisten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring nodig voor een vergoeding. Met een aantal gecontracteerde logopedisten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze logopedisten kunnen u behandelen zonder verwijzing. Dit noemen wij DTL (Directe Toegang Logopedie). Wilt u weten welke gecontracteerde zorgverleners DTL aanbieden? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averachmea.nl/zoekuwzorgverlener. Kunt u door uw klacht(en) niet naar de praktijk komen voor de behandeling? Dan is DTL niet mogelijk. U heeft dan toch een verklaring van een verwijzer nodig. De verwijzer moet op de verklaring aangeven dat de behandeling aan huis moet plaatsvinden.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

Art. 19 Vervoer per ambulance of zittend ziekenvervoer**19.1 Vervoer per ambulance**

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van ambulancevervoer:

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

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

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

Voorwaarden voor vergoeding

- Bij besteld ambulancevervoer moet u zijn doorwezen door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Voor spoedeisend vervoer heeft u geen verwijzing nodig.
- Voor besteld ambulancevervoer in geval van wachtlijstvervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vergoeding van de kosten van vervoer. Ook bepaalt deze op welke vorm van vervoer u recht heeft.
- U komt alleen in aanmerking voor vergoeding van kosten van ambulancevervoer, als zittend ziekenvervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- U komt alleen in aanmerking voor vergoeding van vervoerskosten, als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

19.2 Zittend ziekenvervoer

Wij vergoeden de kosten van :

- zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,31 per kilometer bij vervoer per eigen auto. Wij vergoeden de kosten voor 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 als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer:

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

Eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer

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

Hardheidsclausule zittend ziekenvervoer

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

Voorwaarden voor vergoeding

Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vergoeding van de kosten van vervoer. Ook bepaalt deze op welke vorm van vervoer u recht heeft.

- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw basisverzekering vergoeden of die vanuit de Wlz wordt vergoed.
- Is zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer, eigen auto of ambulance niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.
- In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- U komt alleen in aanmerking voor vergoeding van vervoerskosten, als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

Ziekenhuis, behandeling en verpleging

Art. 20 Astmacentrum in Davos (Zwitserland)

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Art. 21 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

Wilt u een erfelijkheidsonderzoek laten uitvoeren? Of wilt u zich laten adviseren? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten hiervoor in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. Deze zorg omvat:

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

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts of verloskundige.

Art. 22 Mechanische beademing

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke mechanische beademing en medisch-specialistische zorg die hiermee samenhangt. De zorg kan plaatsvinden in een beademingscentrum of thuis.

Mechanische beademing thuis

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

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorwezen door een longarts.

Art. 23 Thuisdialyse

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

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Let op! De reguliere kosten voor thuisdialyse, zoals apparatuur, deskundige begeleiding, onderzoek en behandeling worden vergoed op basis van medisch specialistische zorg, zie hiervoor artikel 29 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan'.

Art. 24 Transplantaties van organen en weefsels

Bij een orgaantransplantatie vergoeden wij de kosten van de volgende behandelingen:

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

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

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

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

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

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Art. 25 Plastische chirurgie

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken of
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - verminderingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
 - onbehandelbare smetten in huidplooiën;
 - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
- primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard). Deze ingreep moet uitgevoerd worden door een zorgverlener met wie wij een contract hebben.

Als verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u aanspraak op deze zorg op basis van artikel 29 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan'.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder de basisverzekering vallen. Wij vergoeden niet de kosten van de volgende ingrepen:

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

Art. 26 Revalidatie

Wij vergoeden de kosten van medisch-specialistische revalidatie (26.1) en geriatrische revalidatie (26.2).

26.1 Medisch specialistische revalidatie

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

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

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

Klinisch en niet-klinisch revalideren

Wij vergoeden de kosten als u niet-klinisch revalideert (deeltijd- of dagbehandeling). In een aantal gevallen, vergoeden wij ook klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.

Hoeveel dagen klinische verblijf wij vergoeden

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

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist;

2. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie

26.2 Geriatrische revalidatie

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

De wet stelt de volgende voorwaarden voor deze zorg:

1. De zorg moet binnen 1 week aansluiten op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden.
2. Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg.
3. De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering in een ziekenhuis of zorginstelling.

Hoeveel dagen revalidatie wij vergoeden

Wij vergoeden geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 6 maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Art. 27 Second opinion

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

Art. 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel 16, 17, en 29 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving recht op vergoeding van kosten van verpleging en verzorging.

Wij vergoeden de kosten van verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

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

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

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke

doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Achmea Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen.

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

- a. U heeft volgens dit artikel geen recht op vergoeding van kosten van kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel 32 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan'.
- b. Wij vergoeden niet de kosten van verpleging en verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op verzorging en verpleging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Art. 29 Medisch specialistische zorg, verpleging en verblijf

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

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

De zorg bestaat uit:

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

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

Voor sommige behandelingen bestaat tijdelijk recht op vergoeding

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

- a. **tot 1 januari 2016:** de behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg, als bedoeld in artikel 2.2 lid 2 van de Regeling zorgverzekering;
- b. **tot 1 januari 2017:** de behandeling van therapieresistente hypertensie met toepassing van percutane renale denervatie voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg, als bedoeld in artikel 2.2 lid 2 van de Regeling zorgverzekering;
- c. **tot 1 januari 2017:** de behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie (IAT) indien u deelneemt aan gerandomiseerde multicenterstudie 'Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands' (MR CLEAN) of aan observationeel onderzoek naar deze zorg als bedoeld in artikel 2.2 lid 2 van de Regeling zorgverzekering;
- d. **tot 1 januari 2018:** behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg, als bedoeld in artikel 2.2 lid 2 van de Regeling zorgverzekering;
- e. **tot 1 januari 2018:** het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn voor zover u deelneemt aan onderzoek naar deze zorg, als bedoeld in artikel 2.2 lid 2 van de Regeling zorgverzekering.

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

Hoeveel dagen verblijf wij vergoeden

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan vergoeden wij uw kosten voor een periode van

maximaal 3 jaar die u ononderbroken in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum verblijft.

De volgende vormen van verblijf tellen ook mee:

- verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
 - verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.
- Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 3 jaar. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Let op! In de volgende artikelen van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt. Het gaat om de volgende artikelen:

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Vergoedingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vallen niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke vergoeding u recht heeft voor de GGZ? Lees dan artikel 16 en 17 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan' over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrisch ziekenhuisverblijf;

Zwanger (worden)/baby/kind

Art. 30 Bevalling en verloskundige zorg

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

30.1 Met medische noodzaak

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van:

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

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

30.2 Zonder medische noodzaak

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van:

- het gebruik van de verloskamer, als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 33 per verblijfsdag (€ 16,50 voor de

moeder en € 16,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 235 per dag (€ 117,50 voor de moeder en € 117,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 33 ook het bedrag dat boven de € 235 per dag uitkomt;

- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

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

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

Wij vergoeden de kosten van IVF (31.1), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (31.2), sperma invriezen (31.3) en eicelvitricatie (31.4).

31.1 IVF

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

Wat wordt verstaan onder een IVF-poging tot zwangerschap

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

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

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

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

Wat wordt verstaan onder doorgaande zwangerschap

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

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Maximum vergoeding voor geneesmiddelen

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van geneesmiddelen die nodig zijn voor een vierde en volgende IVF-pogingen.

31.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

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

Voorwaarden voor vergoeding

Voor recht op vergoeding van kosten van andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen stellen wij de volgende voorwaarden:

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

Maximum vergoeding voor geneesmiddelen

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van geneesmiddelen die nodig zijn voor een vierde en volgende IVF-pogingen.

31.3 Sperma invriezen

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

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

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

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

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

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

Ook vergoeding bij andere medische indicaties

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

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

Bij deze medische indicaties heeft u recht op vergoeding van kosten van de volgende onderdelen van de behandeling:

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

Ook vergoeding bij IVF-gebonden indicatie

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

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

Bij IVF-gebonden indicatie heeft u alleen recht op vergoeding van kosten van het vitrificeren van eicellen.

Mogelijkheden na het vitrificeren van eicellen

Laat u na het vitrificeren uw eicellen weer ontdooien met als doel zwanger te worden? Dan bent u aangewezen op de fasen c en d van een IVF-poging (zie artikel 31.1 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan').

Let op! Bij terugplaatsing moet u jonger zijn dan 43 jaar.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Maximum vergoeding voor geneesmiddelen

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

Art. 32 Kraamzorg

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van kraamzorg. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat kraamverzorgenden plegen te bieden. Kraamzorg kan plaatsvinden:

a. thuis of in een geboorte- of kraamcentrum

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

b. in het ziekenhuis

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

Hoeveel kraamzorg krijgt u?

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

Art. 33 Oncologieonderzoek bij kinderen

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

Art. 34 Prenatale screening

U heeft als vrouwelijke verzekerde recht op vergoeding van kosten van:

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

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Overig

Art. 35 Dieetadvisering

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

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

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van toelagen voor:

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

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Art. 36 Huisartsenzorg

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

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

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

Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorggroep

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

Wilt u weten met welke zorggroepen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averoachmea.nl/ zoekuwzorgverlener.

Art. 38 Stoppen-met-rokenprogramma

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Art. 39 Trombosedienst

Heeft u te maken met trombose? Dan vergoeden wij de kosten van zorg van een trombosedienst. De zorg houdt in dat de dienst:

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen Avéro Achmea

De algemene voorwaarden die gelden voor het Keuze Zorg Plan zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzondering hierop is: artikel 1.1 lid a-c (Deze verzekerings-overeenkomst is gebaseerd op). Dit artikel uit de algemene voorwaarden van het Keuze Zorg Plan is dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

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

Art. 1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

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

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

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

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

1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

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

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

Art. 2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

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

2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

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

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

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben

op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 10 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden (samenloop van kosten)

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

- a. kosten die met het eigen risico van het Keuze Zorg Plan zijn verrekend, tenzij een collectieve aanvullende verzekering bij ons is afgesloten die het verplicht of vrijwillig gekozen eigen risico vergoedt;
- b. wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.

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

2.4 Kosten die voortvloeien uit terrorisme

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

2.5 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

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

- het Keuze Zorg Plan;
- de aanvullende tandartsverzekering (T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent);
- de aanvullende verzekeringen (Start, Extra, Royaal, Excellent en Beter Voor Nu);
- de aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering.

Art. 3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?

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

Art. 4 Wat betaalt u?

4.1 Hoogte van uw premie

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

Heeft één van de ouders bij ons het Keuze Zorg Plan en een aanvullende verzekering afgesloten? Dan is de persoon jonger dan 18 jaar die is meeverzekerd, geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekering.

4.2 Als u de premie niet op tijd betaalt

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

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

Art.5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

5.1 Wij kunnen uw premie en/of voorwaarden wijzigen

Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc of groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging voeren wij door op een

datum die wij vaststellen. Deze wijzigingen gelden voor uw verzekering(en), ook als u al verzekerd was.

5.2 Als u niet akkoord gaat met de wijzigingen

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

5.3 Soms is opzeggen na wijzigingen niet mogelijk

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

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

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

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

6.1 Uw aanvullende verzekering gaat in op 1 januari

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

6.2 Uw aanvullende verzekering wijzigen

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

Als u de aanvullende verzekering Beter Voor Nu heeft afgesloten kunt u, onder voorwaarden, gebruik maken van de collectiviteit Beter Voor Nu. Uw deelname aan deze collectiviteit eindigt als de aanvullende verzekering Beter Voor Nu eindigt.

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

Art. 7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?

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

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

Als u de aanvullende verzekering Beter Voor Nu heeft afgesloten kunt u, onder voorwaarden, gebruik maken van de collectiviteit Beter Voor Nu. Uw deelname aan deze collectiviteit eindigt als de aanvullende verzekering Beter Voor Nu eindigt.

Art. 8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?

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

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

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

- a. als u niet op tijd voldoet aan een verzoek om inlichtingen (eventueel schriftelijk), terwijl die inlichtingen nodig zijn om de aanvullende verzekering goed uit te voeren.

b. als achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld. Of als blijkt dat u omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang zijn.

c. als u fraude pleegt en dit is aangetoond. Wat wij onder fraude verstaan, staat in artikel 20 van de algemene voorwaarden van het Keuze Zorg Plan.

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

Als u de aanvullende verzekering Beter Voor Nu heeft afgesloten kunt u, onder voorwaarden, gebruik maken van de collectiviteit Beter Voor Nu. Uw deelname aan deze collectiviteit eindigt als de aanvullende verzekering Beter Voor Nu eindigt.

Art. 9 Hoe gaan wij om met materiële controle?

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

Art. 10 Begripsbepalingen

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

Aanvullende verzekering

De aanvullende verzekeringen die u heeft afgesloten als aanvulling op uw Keuze Zorg Plan:

- de aanvullende tandartsverzekering (T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent);
- de aanvullende verzekeringen (Start, Extra, Royaal, Excellent en Beter Voor Nu);
- de aanvullende Ziekenhuis Extra Verzekering.

Mantelzorger

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

Ongeval

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

Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zorgverzekeraar

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

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

Alternatief

Art. 1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

De kosten van consulten of behandelingen van alternatief genezers of therapeuten (artsen en niet-artsen) die wij vergoeden zijn:

Alternatief Algemeen

- a. acupunctuur
- b. APS therapie
- c. ayurvedische geneeskunde
- d. craniosacraal therapie
- e. homeopathie
- f. mesologie
- g. natuurgeneeswijzen
- h. neuraaltherapie
- i. orthomoleculaire geneeskunde
- j. jeflexzonetherapie
- k. shiatsu therapie

Alternatieve geneeswijzen (bewegingsapparaat)

- a. chiropractie
- b. kinesiologie
- c. manuele geneeskunde/orthomanipulatie
- d. neuromusculaire therapie
- e. osteopathie

Alternatieve geestelijke hulpverlening (mentale gezondheid)

- a. gestalttherapie
- b. haptotherapie
- c. hypnotherapie
- d. integratieve psychotherapie
- e. lichaamgerichte psychotherapie
- f. vaktherapie

Antroposofische geneeskunde

- a. door een antroposofisch arts
 - b. eurielmietherapie
 - c. kunstzinnige therapie
 - d. psychische hulpverlening
- Daarnaast vergoeden wij de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die een arts heeft voorgeschreven.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Uw alternatief genezer of therapeut moet zijn aangesloten bij een beroepsvereniging die voldoet aan onze criteria. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria, maakt deel uit van deze polis. Wij vergoeden alleen consulten of behandelingen die vallen onder het specifieke gebied waarvoor de beroepsvereniging in het overzicht is opgenomen. U vindt het overzicht met beroepsverenigingen op onze website of u kunt dit overzicht bij ons opvragen.
2. Het consult moet plaatsvinden in het kader van een medische behandeling.
3. Het consult is op individuele basis; het is dus alleen voor u.
4. De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index. De Z-index is een database waarin alle geneesmiddelen staan die verkrijgbaar zijn via de apotheek.
5. De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheekhoudende.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

Start homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatief

genezers of therapeuten maximaal € 40 per dag. Maximaal € 440 per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen.

Extra homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatief genezers of therapeuten maximaal € 40 per dag. Maximaal € 640 per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen én antroposofische en/of homeopathische geneesmiddelen samen.

Royaal homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%. Consulten van artsen die de alternatieve geneeswijze beoefenen maximaal € 60 per dag. Consulten van alternatieve niet-artsen maximaal € 40 per dag. Maximaal 16 consulten per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen door artsen en niet-artsen samen.

Excellent homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%. Consulten van artsen die de alternatieve geneeswijze beoefenen maximaal € 60 per dag. Consulten van alternatieve niet-artsen maximaal € 40 per dag. Maximaal 20 consulten per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen door artsen en niet-artsen samen.

Beter Voor Nu homeopathische en antroposofische geneesmiddelen 100%. Consulten van artsen die de alternatieve geneeswijze beoefenen maximaal € 75 per dag. Consulten van alternatieve niet-artsen maximaal € 40 per dag. Maximaal 20 consulten per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen door artsen en niet-artsen samen.

Art. 2 Orthopedische geneeskunde

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wordt u behandeld door een orthopeed? Dan valt de behandeling onder medisch-specialistische zorg. Dit betekent dat voor de kosten van deze behandeling de vergoeding uit de basisverzekering geldt (zie artikel 24 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan'.

Start maximaal € 150 per persoon per kalenderjaar
Extra maximaal € 300 per persoon per kalenderjaar
Royaal maximaal € 300 per persoon per kalenderjaar
Excellent maximaal € 500 per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu maximaal € 300 per persoon per kalenderjaar

Botten, spieren en gewrichten

Art. 3 Ergotherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Vergoeden wij de kosten van 10 uur ergotherapie vanuit de basisverzekering? Dan vergoeden wij aan een verzekerde tot 18 jaar, als aanvulling op deze vergoeding, de kosten van extra uren ergotherapie.

Voorwaarde voor vergoeding

Voor het recht op vergoeding van deze extra uren gelden dezelfde voorwaarden als voor vergoeding van ergotherapie vanuit de basisverzekering (zie artikel 1 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan').

Start geen dekking
Extra 3 uur per persoon per kalenderjaar
Royaal 4 uur per persoon per kalenderjaar
Excellent 4 uur per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu geen dekking

Art. 4 Beweegprogramma's

Wij vergoeden de kosten van beweegprogramma's. Een beweegprogramma is bedoeld voor mensen die door hun ziekte of klacht meer zouden moeten bewegen, maar dit niet kunnen. In dit beweegprogramma leert u van een fysiotherapeut en/of oefentherapeut zelfstandig te bewegen, zodat u dit ook na het beweegprogramma kunt voortzetten.

In de volgende gevallen vergoeden wij de kosten:

- als u obesitas heeft (BMI hoger dan 30);
- als u revalideert van voormalig hartfalen;
- als u reuma heeft (wij gebruiken de definitie van reuma zoals het Reumafonds die heeft bepaald);
- als u diabetes type 2 heeft;
- als u COPD heeft met een lichte tot matige ziektelast met een longfunctiewaarde van FEV1/VC < 0,7, een benauwdheidscore >2 op de MRC-schaal en een gezondheidsscore van >1 tot >1,7 op de CCQ-schaal.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Het beweegprogramma moet plaatsvinden in de oefenruimte van de behandelend fysiotherapeut en/of oefentherapeut.
- Het beweegprogramma moet een duur hebben van minimaal 3 maanden.

Start	maximaal € 175 per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra	maximaal € 350 per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Royaal	maximaal € 350 per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	maximaal € 350 per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Beter Voor Nu	maximaal € 350 per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Art. 5 Bewegen in extra verwarmd water bij reuma

Heeft u reuma? Dan vergoeden wij de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water in een zwembad.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat u oefentherapie in extra verwarmd water nodig heeft vanwege uw reuma.
- De oefentherapie moet plaatsvinden in groepsverband en onder verantwoordelijkheid van een fysiotherapeut of oefentherapeut.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 150 per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 250 per persoon per kalenderjaar
Excellent	100%

Beter Voor Nu maximaal € 250 per persoon per kalenderjaar

Art. 6 Pedicurezorg bij reuma of diabetes

6.1 Pedicurezorg bij reuma

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

6.2 Pedicurezorg bij diabetes

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- voetonderzoek. Dit valt, vanaf Zorgprofiel 1, onder de basisverzekering (zie de artikelen 2 en 40 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan').
- behandelingen vanaf Zorgprofiel 2. Deze vallen onder de basisverzekering (zie de artikelen 2 en 40 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan').
- het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
- het knippen van nagels zonder medische reden.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 25 per behandeling tot maximaal € 100 per persoon per kalenderjaar voor de artikelen 6.1 en 6.2 samen
Royaal	maximaal € 25 per behandeling tot maximaal € 200 per persoon per kalenderjaar voor de artikelen 6.1 en 6.2 samen
Excellent	100%
Beter Voor Nu	maximaal € 25 per behandeling tot maximaal € 200 per persoon per kalenderjaar voor de artikelen 6.1 en 6.2 samen

6.3 Pedicurezorg na een herseninfarct (CVA)

Heeft u een herseninfarct (CVA) gehad? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een pedicure.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is na een herseninfarct (CVA).
- De pedicure moet geregistreerd staan als medisch pedicure (MP) in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

Art. 7 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie/steunzolen

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut, podoloog of podoposturaal therapeut en/of steunzolen. Tot de genoemde behandelingen rekenen wij naast de consulten ook de kosten van het aanmeten, vervaardigen, afleveren en repareren van podotherapeutische of podologische zolen en orthesen.

Voorwaarden voor vergoeding

- 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.
- De steunzolen moeten zijn geleverd of worden gerepareerd door een steunzolenleverancier die aangesloten is bij de NVOS Orthobanda. Het mag ook een steunzolenleverancier zijn die voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVOS Orthobanda.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- schoenen en schoenaanpassingen;
- voetonderzoek en behandeling van diabetische voeten.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 100 per persoon per kalenderjaar, waaronder maximaal 1 paar steunzolen
Royaal	maximaal € 200 per persoon per kalenderjaar, waaronder maximaal 1 paar steunzolen
Excellent	100%, waaronder maximaal 1 paar steunzolen
Beter Voor Nu	maximaal € 200 per persoon per kalenderjaar, waaronder maximaal 1 paar steunzolen

Buitenland

Art. 8 Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)

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 voor vergoeding

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

Start	100%
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

Art. 9 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

Gaat u op reis naar het buitenland? Dan vergoeden wij de kosten van consulten noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland.

Onder noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen verstaan wij de vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR) noodzakelijk zijn. Op de website www.lcr.nl/Landen kunt u per land zien welke vaccinaties geadviseerd worden.

Voorwaarden voor vergoeding van kosten ter voorkoming van rabiës

- Consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van rabiës, vergoeden wij alleen, als u langere tijd in een land verblijft waar rabiës endemisch (in bepaalde gebieden voortdurend als ziekte aanwezig) is. En waar adequate medische hulp slecht toegankelijk is.
- Daarnaast moet u minimaal aan 1 van de volgende voorwaarden voldoen:
 - U maakt een meerdaagse wandel- of fietstocht buiten toeristische oorden;
 - of u trekt langer dan 3 maanden op met, of overnacht bij, de lokale bevolking,;
 - of u verblijft buiten een resort of beschermde omgeving;
 - of u bent jonger dan 12 jaar.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Hebben wij uw zorgverlener niet gecontracteerd? Dan kan een eigen betaling gelden. Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener of neem contact met ons op.

Start	Consulten en vaccinaties bij een gecontracteerde zorgverlener: 100%. Geneesmiddelen ter voorkoming van malaria, geleverd via eFarma: 100%. Of kiest u voor geneesmiddelen ter voorkoming van malaria en/of consulten en vaccinaties bij een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij maximaal € 75 per persoon per kalenderjaar.
Extra	Consulten en vaccinaties bij een gecontracteerde zorgverlener: 100%. Geneesmiddelen ter voorkoming van malaria, geleverd via eFarma: 100%. Of kiest u geneesmiddelen ter voorkoming van malaria en/of consulten en vaccinaties bij een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan

Royaal

vergoeden wij maximaal € 100 per persoon per kalenderjaar.

Consulten en vaccinaties bij een gecontracteerde zorgverlener: 100%. Geneesmiddelen ter voorkoming van malaria, geleverd via eFarma: 100%. Of kiest u geneesmiddelen ter voorkoming van malaria en/of consulten en vaccinaties bij een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij maximaal € 150 per persoon per kalenderjaar.

Excellent

Consulten en vaccinaties: 100%. Geneesmiddelen ter voorkoming van malaria: 100%.

Beter Voor Nu

Consulten en vaccinaties bij een gecontracteerde zorgverlener: 100%. Geneesmiddelen ter voorkoming van malaria, geleverd via eFarma: 100%. Of kiest u voor geneesmiddelen ter voorkoming van malaria en/of consulten en vaccinaties bij een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij maximaal € 150 per persoon per kalenderjaar.

Art. 10 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Het gaat daarbij om spoedeisende zorg in het buitenland (10.1), spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland (10.2), vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (10.3), overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (10.4) en Best Doctors (10.5). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

10.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

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

Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de kosten voor:

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

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

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit het Keuze Zorg Plan zouden vergoeden.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via Eurocross Assistance.

Start	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Extra	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Royaal	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Excellent	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

Beter Voor Nu aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

10.2 Spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
- dieetpreparaten en drinkvoeding;
- verbandmiddelen;
- vaccinaties en geneesmiddelen i.v.m. een reis naar het buitenland;
- anticonceptiva;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

Start	maximaal € 50 per persoon per kalenderjaar
Extra	maximaal € 50 per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 50 per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 50 per persoon per kalenderjaar

10.3 Beter Voor Nu maximaal € 50 per persoon per kalenderjaar Vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland

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

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
- Er moet sprake zijn van wachttijdverkortung.
- U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u recht heeft. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is 071 365 41 54.

Start	taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,31 per kilometer
Extra	taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,31 per kilometer
Royaal	taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,31 per kilometer
Excellent	taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,31 per kilometer
Beter Voor Nu	taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,31 per kilometer

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

Wordt u vanuit Nederland voor zorg opgenomen in een buitenlandse zorginstelling op grond van artikel 10.3 van de vergoedingen aanvullende verzekeringen? Dan vergoeden wij voor uw gezinsleden:

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Start	overnachtungskosten: maximaal € 35 per dag voor alle gezinsleden samen; eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer € 0,31 per kilometer. Wij vergoeden maximaal voor 700 kilometer per opname.
Extra	overnachtungskosten: maximaal € 35 per dag voor alle gezinsleden samen; eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer € 0,31 per kilometer. Wij vergoeden maximaal voor 700 kilometer per opname.
Royaal	overnachtungskosten: maximaal € 35 per dag voor alle gezinsleden samen; eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer € 0,31 per kilometer. Wij vergoeden maximaal voor 700 kilometer per opname.
Excellent	overnachtungskosten: maximaal € 35 per dag voor alle gezinsleden samen; eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer € 0,31 per kilometer. Wij vergoeden maximaal voor 700 kilometer per opname.

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

10.5 Best Doctors

Wij vergoeden de volgende 2 diensten van Best Doctors:

10.5.1 InterConsultation

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet deze second opinion vooraf telefonisch aanvragen via onze afdeling Zorgbemiddeling.

10.5.2 AskTheExpert

De mogelijkheid om aanvullende, medische informatie te ontvangen van erkende deskundigen (internationale specialisten). Het medisch team van Best Doctors bekijkt of u in uw situatie voor AskTheExpert in aanmerking komt. U kunt hiervoor telefonisch contact opnemen met onze afdeling Zorgbemiddeling.

Start	100%
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

Fysiotherapie en oefentherapie

Art. 11 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut voor verzekerden van 18 jaar en ouder (11.1) en voor verzekerden tot 18 jaar (11.2).

11.1 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

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

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut geen verklaring nodig

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

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;

- c. toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d. verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt;
- e. een individuele behandeling, als u in aanmerking komt voor beweegprogramma's zoals omschreven in artikel 4 van de vergoedingen aanvullende verzekeringen.

Start	maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar
Extra	maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar
Excellent	onbeperkt aantal behandelingen.

Beter Voor Nu maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar

11.2 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut. Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook als u door een huidtherapeut wordt behandeld. Heeft u vanuit de basisverzekering aanspraak op fysiotherapie of oefentherapie? De geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.2 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan').

Voorwaarde voor vergoeding

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

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut geen verklaring nodig

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

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- b. zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- c. toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- d. verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt;
- e. een individuele behandeling, als u in aanmerking komt voor beweegprogramma's zoals omschreven in artikel 4 van de vergoedingen aanvullende verzekeringen.

Start onbeperkt aantal behandelingen, als u wordt behandeld door een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd. Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar.

Extra onbeperkt aantal behandelingen, als u wordt behandeld door een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd. Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar.

Royaal onbeperkt aantal behandelingen, als u wordt behandeld door een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd. Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar.

Excellent onbeperkt aantal behandelingen.

Beter Voor Nu geen dekking

Huid

Art. 12 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van:

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van cosmetische middelen.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 300 per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 600 per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 1.000 per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu maximaal € 600 per persoon per kalenderjaar

Hulpmiddelen

Art. 13 Hulpmiddelen

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

13.1 Eigen bijdrage pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor pruiken

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een pruik vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan').

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 75,50 per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 100 per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 100 per persoon per kalenderjaar*

Beter Voor Nu maximaal € 100 per persoon per kalenderjaar

* Extra vergoeding uit Excellent voor pruiken bij allergische aandoening
 Heeft u een aantoonbare allergische aandoening van de hoofdhuid? Dan kunt u, naast de bovenstaande vergoeding van de eigen bijdrage uit Excellent, een extra vergoeding bij ons aanvragen. U moet ons vooraf een schriftelijke en gemotiveerde toelichting van de voorschrijvend arts geven. Of u een extra vergoeding krijgt en hoe hoog deze extra vergoeding is wordt door ons op basis van uw medische situatie beoordeeld en vastgesteld.

13.1.2 Touppim of hoofdbedekking bij oncologie een medische behandeling of alopecia (haarverlies)

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

Voorwaarde voor vergoeding

Een huisarts of medisch specialist moet u een verklaring hebben gegeven. Uit deze verklaring moet blijken dat er sprake is van de

medische indicatie alopecia (haarverlies) of (tijdelijk) haarverlies in verband met chemotherapie of een andere medische behandeling.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

Start	geen dekking
Extra	1 keer per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 150
Royaal	1 keer per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 150
Excellent	1 keer per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 150

Beter Voor Nu 1 keer per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 150

13.2 **Eigen bijdrage overige hulpmiddelen**

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdragen van hulpmiddelen uit het Achmea Reglement Hulpmiddelen.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een hulpmiddel vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan').

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van de wettelijke eigen bijdragen orthopedische schoenen en allergenvrije schoenen.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	maximaal € 250 per persoon per kalenderjaar
Excellent	100%

Beter Voor Nu maximaal € 250 per persoon per kalenderjaar

13.3 **Persoonlijke alarmeringsapparatuur op medische indicatie**

13.3.1 **Persoonlijke alarmeringsapparatuur via een door ons gecontracteerde leverancier**

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan').

Start	100%
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

13.3.2 **Persoonlijke alarmeringsapparatuur via een niet gecontracteerde leverancier**

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

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet recht hebben op vergoeding van de kosten van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan').
- U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen.

Start	maximaal € 35 per kalenderjaar
Extra	maximaal € 35 per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 35 per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 35 per kalenderjaar

Beter Voor Nu maximaal € 35 per kalenderjaar

13.4 **Persoonlijke alarmeringsapparatuur**

13.4.1 **Persoonlijke alarmeringsapparatuur via een door ons gecontracteerde leverancier**

13.4.1.1 **Persoonlijke alarmeringsapparatuur op sociale indicatie**

Is er sprake van een onomkeerbare beperking in uw gezondheid of leefomstandigheden, bijvoorbeeld ten gevolge van algemene ouderdomsklachten of gevoels van onveiligheid? Dan vergoeden wij de alarmeringsapparatuur en de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

13.4.1.2 **Persoonlijke alarmeringsapparatuur via een niet door ons gecontracteerde leverancier**

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	maximaal € 35 per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu maximaal € 35 per persoon per kalenderjaar

13.4.2 **Persoonlijke alarmeringsapparatuur voor tijdelijk gebruik**

Heeft u een kortdurende beperking in uw gezondheid, bijvoorbeeld na een operatie of bij verergering van een chronische ziekte en bent u afhankelijk van mantelzorg? Dan vergoeden wij voor een periode van maximaal 4 aaneengesloten weken per keer, de alarmeringsapparatuur en de abonnementskosten van het gebruik van een alarmeringssysteem.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De alarmeringsapparatuur en de aansluiting op de alarmcentrale moet worden geregeld en geleverd door een door ons gecontracteerde leverancier. U kunt rechtstreeks contact kunt opnemen met de gecontracteerde leverancier. Wilt u weten met welke Alarmcentrales wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener of neem contact met ons op.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	100% voor maximaal 4 weken

Beter Voor Nu 100% voor maximaal 4 weken

13.5 **Plakstrips mammaprothese**

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

Start	100%
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

13.6 **Plasweccker**

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

Start	maximaal € 100 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra	maximaal € 100 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Royaal	maximaal € 100 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	100%

Beter Voor Nu geen dekking

13.7 **Steunpessarium**

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

Voorwaarde voor vergoeding

Uw huisarts moet het steunpessarium leveren.

Start	geen dekking
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

13.8 **Trans-therapie**

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

Voorwaarden voor vergoeding

1. U moet zijn doorverwezen door een arts, bekkenbodempysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige.
2. De apparatuur moet worden geleverd door een hulpmiddelen leverancier.

Start	geen dekking
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

13.9 ADL-hulpmiddelen

Wij vergoeden de kosten van hulpmiddelen die verzekerden met een blijvende lichamelijke beperking nodig hebben bij het uitvoeren van algemene dagelijkse activiteiten (zogenoemde ADL-hulpmiddelen), voor zover deze niet onder het Achmea Reglement Hulpmiddelen of de Wlz of Wmo vallen.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Vegro of Harting-Bank/Ligtvoet moet het hulpmiddel leveren.
2. Vegro of Harting-Bank/Ligtvoet moet het hulpmiddel hebben erkend als ADL-hulpmiddel.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	geen dekking

Beter Voor Nu 75% van de kosten tot maximaal € 100 per persoon per kalenderjaar

13.10 Kunsttepel of mamillaprothese (maatwerktepelprothese)

Wij vergoeden de kosten van een zelfklevende tepel die door vrouwen gebruikt kan worden op een borst- of een deelprothese. Dit is ook bedoeld voor vrouwen met een borstreconstructie, die wachten op een permanente tepelreconstructie. Wij vergoeden een mamillaprothese (maatwerktepelprothese) als deze prothese niet onder de vergoedingsregeling van de basisverzekering valt.

Start	100%
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Art. 14 Farmaceutische zorg

Wij vergoeden de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor farmaceutische zorg (14.1). Ook vergoeden wij de kosten van sommige geneesmiddelen: melatonine (14.2) en anticonceptiva (14.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

14.1 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	maximaal € 500 per persoon per kalenderjaar
Excellent	100%

Beter Voor Nu maximaal € 500 per persoon per kalenderjaar

14.2 Melatonine

Wij vergoeden de kosten van generieke melatoninetabletten.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
2. Bij klachten ten gevolge van DSPS moet de melatonine zijn voorgeschreven door een arts die verbonden is aan een slaapcentrum in Nederland.

3. Bij klachten ten gevolge van ADHD en PDD-NOS moet de melatonine zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog.
4. De melatonine tabletten moeten geleverd worden door een apothekhoudende.

Start	geen dekking
Extra	100% bij levering via internetapotheek eFarma of maximaal € 100 per persoon per kalenderjaar bij levering via een andere apothekhoudende

Royaal 100% bij levering via internetapotheek eFarma of maximaal € 150 per persoon per kalenderjaar bij levering via een andere apothekhoudende

Excellent 100%

Beter Voor Nu 100% bij levering via internetapotheek eFarma of maximaal € 150 per persoon per kalenderjaar bij levering via een andere apothekhoudende

14.3 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS). Alleen als u een aanvullende verzekering Royaal, Excellent of Beter Voor Nu heeft afgesloten, worden deze kosten (deels) vergoed vanuit artikel 14.1 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS).
- b. anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies).

Start	100%
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

14.4 Griepvaccinatie

Bent u jonger dan 60 jaar? Dan vergoeden wij de kosten van een griepvaccinatie.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van vaccinaties in het kader van het Nationaal programma grieppreventie (risicogroepen).

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprotheticen, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van 15 tot en met 18) gaan wij hierop in. Heeft u ook een tandartsverzekering afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten eerst vanuit de aanvullende tandartsverzekeringen (T Start, T Extra, T Royaal of T Excellent) en daarna vanuit aanvullende verzekeringen Start, Extra, Royaal, Excellent of Beter Voor Nu, wanneer deze kosten bij beide verzekeringen voor vergoeding in aanmerking komen.

Art. 15 Orthodontie

15.1 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar (bij pakket Start en Extra)

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

Start 90% tot maximaal € 1.500 voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Extra 90% tot maximaal € 2.000 voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

15.2 Orthodontie voor verzekerden tot 22 jaar (bij pakket Royaal en Excellent)

Wij vergoeden aan verzekerden tot 22 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter A.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

Royal 90% tot maximaal € 2.500 voor verzekerden tot 22 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Excellent 100% voor verzekerden tot 22 jaar

15.3 Orthodontie voor verzekerden van 22 jaar en ouder

Wij vergoeden aan verzekerden van 22 jaar en ouder de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter A.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Een orthodontist of tandarts moet de behandeling uitvoeren of de second opinion geven.
2. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Bij uw aanvraag voor toestemming moet u een door de behandelend orthodontist opgesteld behandelplan sturen. Samen met een schedelprofielfoto, orthopantomogram, digitale mondfoto's en/of foto's van gebitsmodellen en de "Index for Orthodontic Treatment Need" (IOTN). Stuur al deze gegevens naar onze tandheelkundig adviseur ter beoordeling.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

1. Heeft u een geringe behandelingsbehoefte (IOTN-score 1 of 2)? Dan vergoeden wij niet de kosten van orthodontie. De orthodontist kan u hierover meer informatie verstrekken.
2. Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

Start geen dekking

Extra geen dekking

Royal 70% tot maximaal € 1.000 voor verzekerden van 22 jaar en ouder voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Excellent 70% tot maximaal € 1.500 voor verzekerden van 22 jaar en ouder voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Beter Voor Nu geen dekking

Art. 16 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Aan verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen.

Voorwaarde voor vergoeding

Een tandarts of kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.

Start maximaal € 225 per persoon per kalenderjaar voor kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten

Extra maximaal € 450 per persoon per kalenderjaar voor kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten

Royal 100%

Excellent 100%

Beter Voor Nu geen dekking

Let op! De kosten van orthodontie worden vergoed vanuit artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

Art. 17 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder tandheelkundige zorg door een tandarts of kaakchirurg. De behandeling moet het gevolg zijn van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
2. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- a. ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
- b. grove schuld of opzet van de verzekerde;
- c. het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
- d. deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Start maximaal € 10.000 per ongeval

Extra maximaal € 10.000 per ongeval

Royal maximaal € 10.000 per ongeval

Excellent maximaal € 10.000 per ongeval

Beter Voor Nu maximaal € 10.000 per ongeval

Art. 18 Uitgestelde fronttandvervanging met implantaten voor verzekerden van 18 tot 24 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 tot 24 jaar definitieve fronttandvervanging met implantaten door een tandarts of kaakchirurg en de daarbij behorende prothetische vervolgbehandeling door de tandarts. De behandeling moet het gevolg zijn van het verliezen van de fronttand door een ongeval voor de 18 jarige leeftijd of het niet aangelegd zijn van de fronttand. En de behandeling moet medisch noodzakelijk zijn uitgesteld tot na de 18 jarige leeftijd, vanwege het niet volgroeid zijn van kaak of gebit. De behandeling moet worden uitgevoerd voor het bereiken van de 24 jarige leeftijd. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeide kaak of gebit.

Voorwaarden voor vergoeding

1. U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
2. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.
3. Bij behandeling als gevolg van een ongeval moet er zowel op de datum van het ongeval als op de datum van de definitieve behandeling volgens deze verzekering dekking zijn.

Start maximaal € 10.000 voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Extra maximaal € 10.000 voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Royal maximaal € 10.000 voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Excellent maximaal € 10.000 voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Beter Voor Nu maximaal € 10.000 voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Art. 19 Brillen en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte en contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) samen per periode van 3 kalenderjaren. Het gaat hier om een periode van 3 kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december. De periode begint op 1 januari in het jaar van de eerste aanschaf.

Voorwaarde voor vergoeding

Een opticien of optiekbedrijf moet de brillen en/of contactlenzen aan u leveren.

Start	maximaal € 100 per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
Extra	maximaal € 150 per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
Royaal	maximaal € 200 per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
Excellent	maximaal € 300 per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
Beter Voor Nu	maximaal € 250 per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

Art. 20 Hoortoestellen**Wettelijke eigen bijdrage hoortoestellen**

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage van een hoortoestel.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een hoortoestel vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan').

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	maximaal € 200 per persoon per toestel
Excellent	maximaal € 300 per persoon per toestel
Beter Voor Nu	maximaal € 200 per persoon per toestel

Art. 21 Ooglaseren en lensimplantatie

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 500 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Royaal	maximaal € 500 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	maximaal € 750 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Beter Voor Nu	maximaal € 500 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Art. 22 Plastische en cosmetische chirurgie

In dit artikel leest u de voorwaarden voor de vergoeding van de kosten van correctie van de bovenoogleden (22.1), overige plastisch chirurgische behandelingen (met medische indicatie) (22.2), correctie van de oorstand voor verzekerden (22.3) en overige cosmetisch chirurgische behandelingen (23.4).

22.1 Correctie van de bovenoogleden (met medische indicatie)

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

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Bij pakket Start en Extra moet u uw bovenoogleden laten corrigeren door een zorgverlener die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke zorgverleners wij een

contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averachmea.nl/zoekuwzorgverlener of neem contact met ons op.

Start	100% bij een door ons hiervoor gecontracteerde zorgverlener
Extra	100% bij een door ons hiervoor gecontracteerde zorgverlener
Royaal	100% bij alle zorgverleners
Excellent	100% bij alle zorgverleners

Beter Voor Nu 100% bij alle zorgverleners

22.2 Correctie van de oorstand (zonder medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van cosmetisch chirurgische correctie van de oorstand.

Voorwaarde voor vergoeding

Een medisch specialist moet de ingreep uitvoeren.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De correctie van de oorstand moet u bij pakket Start en Extra laten uitvoeren door een zorgverlener die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averachmea.nl/zoekuwzorgverlener of neem contact met ons op.

Start	100% voor verzekerden tot 18 jaar bij een door ons hiervoor gecontracteerde zorgverlener
Extra	100% voor verzekerden tot 18 jaar bij een door ons hiervoor gecontracteerde zorgverlener
Royaal	100% bij alle zorgverleners
Excellent	100% bij alle zorgverleners

Beter Voor Nu geen dekking

22.3 Overige plastisch chirurgische behandelingen (met medische indicatie)

Wij vergoeden, in aanvulling op artikel 22.1, de kosten van overige plastisch chirurgische behandelingen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Er moet sprake zijn van een medische noodzaak.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen met:

- botox;
- fillers;
- (autologe) lipofilling;
- peeling;
- laser- of refractiechirurgie;
- sclerocompressietherapie (spataderbehandeling).

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	100%

Beter Voor Nu geen dekking

22.4 Overige cosmetisch chirurgische behandelingen (zonder medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van overige chirurgische ingrepen van cosmetische aard. De aanleiding voor deze ingreep moet voortvloeien uit een persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Voorwaarde voor vergoeding

Een medisch specialist moet de ingreep uitvoeren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen met:

- botox;
- fillers;
- (autologe) lipofilling;
- peeling;
- laser- of refractiechirurgie;
- sclerocompressietherapie (spataderbehandeling).

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	maximaal € 500 per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu geen dekking

Sprek en lezen

Art. 23 Stottertherapie

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

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Start	maximaal € 225 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra	maximaal € 450 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Royaal	maximaal € 1.000 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	maximaal € 1.250 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Beter Voor Nu geen dekking

Vervoer

Art. 24 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer (24.1), of de kosten voor uw wettelijke eigen bijdrage hiervoor (24.2). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

24.1 Vervoerskosten

Wij vergoeden de kosten van zittend ziekenvervoer, als en voor zover het voor u om medische redenen niet mogelijk is gebruik te maken van openbaar vervoer. De vergoeding geldt voor verzekerden die geen recht hebben op vergoeding van vervoer op grond van artikel 19 van de 'Vergoedingen Keuze Zorg Plan'. Wij vergoeden de kosten van (meerpersoons) 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 om uw prothese aan te passen;
- een inrichting waarin u bent opgenomen en/of wordt behandeld ten laste van de Wlz.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- 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 recht heeft. Het telefoonnummer van de vervoerslijn is 071 365 41 54.
- U moet vervoerd worden voor zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering, de Wlz of uw aanvullende verzekering.
- Voor de aanvullende verzekering Extra geldt dat u zich moet laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.
- Laat u zich in België of Duitsland behandelen? Dan vergoeden wij de kosten van zittend ziekenvervoer alleen, als u op maximaal 55 kilometer vanaf de grens met Nederland wordt behandeld. Bent u via onze zorgbemiddeling opgenomen in een ziekenhuis in België of Duitsland? Dan kunnen wij de kosten van het vervoer vergoeden vanuit artikel 10.3 van de Vergoedingen aanvullende verzekeringen.

Start	geen dekking
Extra	eigen vervoer € 0,31 per kilometer, (meerpersoons) taxivervoer 100%. Wij vergoeden maximaal € 1.000 per persoon per kalenderjaar. U bent wel een eigen betaling verschuldigd van € 97 per persoon per kalenderjaar. Behalve als u het maximum heeft bereikt van de wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer op basis van de basisverzekering.
Royaal	eigen vervoer € 0,31 per kilometer, (meerpersoons) taxivervoer 100%

Excellent eigen vervoer € 0,31 per kilometer, (meerpersoons) taxivervoer 100%

Beter Voor Nu eigen vervoer € 0,31 per kilometer, (meerpersoons) taxivervoer 100%

24.2 Eigen bijdrage vervoerskosten

Heeft u recht op vergoeding van vervoer vanuit de basisverzekering? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage die u hiervoor verschuldigd bent.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

Ziekenhuis, behandeling en verpleging

Art. 25 Circumcisie

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

25.1 Circumcisie met medische indicatie

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

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

Start	100%
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

25.2 Circumcisie op religieuze gronden

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

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

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

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 250
Royaal	maximaal € 250
Excellent	maximaal € 250

Beter Voor Nu geen dekking

Art. 26 Mammaprint

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

Voorwaarde voor vergoeding

Het laboratorium Agendia moet het onderzoek uitvoeren.

Start	100%
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

Art. 27 Obesitasbehandeling

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

Voorwaarden voor vergoeding

- Er moet sprake zijn van obesitas graad 3. Dat is het geval als uw Body Mass Index (BMI) gelijk is aan of hoger is dan 40.

2. U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen.
3. U moet het programma helemaal hebben afgemaakt.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 750 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Royaal	maximaal € 1.000 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	maximaal € 1.000 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Beter Voor Nu geen dekking

Art. 28 Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname

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

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

Wij vergoeden de kosten ook als u verblijft in een ziekenhuis dat binnen 55 kilometer vanaf de Nederlandse grens in België of Duitsland ligt. In het laatste geval vergoeden wij de kosten overigens alleen, als er geen sprake is van zorgbemiddeling zoals bedoeld in artikel 10.4 van de vergoedingen aanvullende verzekeringen.

Voorwaarden voor vergoeding

1. U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
2. Bij de aanvullende verzekering Start en Extra geldt dat de enkele reisafstand tussen het ziekenhuis en uw huis meer dan 50 kilometer moet bedragen.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

Start	maximaal € 35 per dag tot maximaal € 500 per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen
Extra	maximaal € 35 per dag tot maximaal € 500 per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen
Royaal	maximaal € 35 per dag tot maximaal € 500 per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen
Excellent	maximaal € 35 per dag tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen

Beter Voor Nu maximaal € 35 per dag tot maximaal € 500 per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen

Art. 29 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van de nacht voorafgaand aan de eerste behandeldag.

Start	maximaal € 35 per dag
Extra	maximaal € 35 per dag
Royaal	maximaal € 35 per dag
Excellent	maximaal € 35 per dag

Beter Voor Nu maximaal € 35 per dag

Art. 30 Preventieve onderzoeken

30.1 Periodiek algemeen onderzoek (check-up)

Wij vergoeden de kosten van een periodiek algemeen onderzoek (check-up).

Voorwaarden voor vergoeding

1. Het onderzoek moet worden uitgevoerd door een huisarts of medisch specialist die in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum werkt.
2. Het onderzoek moet toelaatbaar zijn volgens de geldende wetgeving.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	1 keer per 2 jaar (tot maximaal het tarief grote keuring huisarts)
Excellent	1 keer per 2 jaar (tot maximaal het tarief grote keuring huisarts)
Beter Voor Nu	1 keer per 2 jaar (tot maximaal het tarief grote keuring huisarts)

30.2 Health Check

Wij vergoeden de kosten van de health Check (preventieve gezondheidstest).

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Wij vergoeden deze zorg bij verpleegkundigen van Care for Human die wij hiervoor hebben gecontracteerd of een andere aanbieder waarmee wij afspraken hebben gemaakt. Wilt u een afspraak met 1 van de verpleegkundigen van Care for Human? Ga dan naar hun website. Wilt u weten met welke aanbieder(s) wij afspraken hebben gemaakt? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.avero.nl/zoekuwzorgverlener of neem contact met ons op.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	100% 1 keer per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu 100% 1 keer per persoon per kalenderjaar

Art. 31 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie.

Voorwaarden voor vergoeding

De behandeling moet plaatsvinden in:

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

Start	geen dekking
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

Art. 32 Online Zorgadvies

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het Online Zorgadvies vooraf telefonisch aanvragen via onze afdeling Zorgbemiddeling. Als de aanvraag akkoord is, wordt u doorverwezen naar Online Zorgadvies.

Start	100%
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu 100%

Zwanger (worden)/baby/kind

Art. 33 Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

4. De medische screening moet een verplicht onderdeel van het adoptieproces zijn.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

Start	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300 per adoptiekind
Extra	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300 per adoptiekind
Royaal	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300 per adoptiekind
Excellent	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300 per adoptiekind
Beter Voor Nu	geen dekking

Art. 34 Eigen bijdrage bevalling en verloskundige zorg

Bent u zonder medische indicatie poliklinisch bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum onder leiding van een verloskundige of huisarts? Dan bent u hiervoor een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd op basis van de basisverzekering. Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van deze in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage.

Start	100%
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu geen dekking

Art. 35 Elektrische borstkolf

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van aanschaf of huur van een elektrisch borstkolfapparaat.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van losse onderdelen van de elektrische borstkolf, tenzij met de gecontracteerde leverancier anders is overeengekomen.

Start	maximaal € 75 per bevalling
Extra	maximaal € 75 per bevalling
Royaal	maximaal € 75 per bevalling
Excellent	maximaal € 75 per bevalling

Beter Voor Nu geen dekking

Art. 36 Kraampakket

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Start	100%
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

Beter Voor Nu geen dekking

Art. 37 Kraamzorg

Hieronder leest u in welke gevallen wij de wettelijke eigen bijdrage en/of eigen betaling voor kraamzorg vergoeden.

37.1 Eigen bijdrage partusassistentie

Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor partusassistentie (uren die de kraamverzorgende aanwezig is tijdens de bevalling)? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

Start	100%
Extra	100%
Royaal	100%
Excellent	100%

37.2 Beter Voor Nu geen dekking
Eigen bijdrage kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum

Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor de kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

Start	maximaal 24 uur per zwangerschap
Extra	maximaal 24 uur per zwangerschap
Royaal	100%
Excellent	100%

37.3 Beter Voor Nu geen dekking
Eigen bijdrage kraamzorg in een ziekenhuis, zonder medische indicatie

Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische indicatie? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	100%
Excellent	100%

37.4 Beter Voor Nu geen dekking
Uitgestelde kraamzorg

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

Voorwaarde voor vergoeding

Het kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden.

Start	geen dekking
Extra	maximaal 15 uur per zwangerschap, u betaalt zelf de eigen bijdrage van € 4,15 per uur
Royaal	maximaal 15 uur per zwangerschap
Excellent	maximaal 15 uur per zwangerschap

Beter Voor Nu geen dekking

Art. 38 Lactatiekundige zorg

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

Voorwaarde voor vergoeding

De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of voldoen aan de kwaliteitseisen van die beroepsvereniging. Of de lactatiekundige moet in dienst zijn van een kraamcentrum.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 80 per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 80 per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 115 per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu geen dekking

Art. 39 TENS bij bevalling

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van een TENS voor pijnbestrijding tijdens een bevalling. Een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts moet de bevalling begeleiden.

Alleen gecontracteerd vergoed

Let op! U moet de TENS laten leveren door een leverancier die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener of neem contact met ons op.

Start	1 apparaat voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra	1 apparaat voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Royaal	1 apparaat voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	1 apparaat voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Beter Voor Nu geen dekking

Art. 40 Zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger"

Wij vergoeden de abonnementskosten van het zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger". Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap.

Start	1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra	1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Royaal	1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Beter Voor Nu	geen dekking

Art. 41 Zwangerschapscursus

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten voor het volgen van cursussen:

- die u tijdens de zwangerschap voorbereiden op de bevalling en/of die u begeleiden tijdens de bevalling;
- die uw fysieke herstel na de bevalling bevorderen. In dit geval vergoeden wij de kosten tot maximaal 6 maanden na de bevalling.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet een bewijs van aanmelding en betaling aan ons geven.
- De cursussen moeten worden gegeven door:
 - een thuis- of kraamzorginstelling;
 - een verloskundigenpraktijk of gezondheidscentrum;
 - een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de vereniging Samen Bevallend;
 - een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
 - een zorgverlener gekwalificeerd in hypnobirthing;
 - een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij Zwanger en Fit;
 - een zorgverlener gekwalificeerd in Psychoprofylaxe (angst voor de bevalling);
 - Mom in Balance.

Start	maximaal € 50 per persoon per zwangerschap
Extra	maximaal € 50 per persoon per zwangerschap
Royaal	maximaal € 75 per persoon per zwangerschap
Excellent	maximaal € 75 per persoon per zwangerschap

Beter Voor Nu geen dekking

Overig

Art. 42 Herstel en Balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het revalidatieprogramma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten. Dit is een groepsprogramma dat bestaat uit lichaamstraining en psycho-educatie. Het programma moet worden gegeven door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Start	maximaal € 800 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra	maximaal € 1.000 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Royaal	maximaal € 1.000 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	maximaal € 1.200 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Beter Voor Nu	maximaal € 1.000 per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Art. 43 Herstellingsoord of zorghotel

Verblijft u in een herstellingsoord of zorghotel voor somatische gezondheidszorg? Dan vergoeden wij de kosten hiervan.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

- U moet verblijven in een herstellingsoord of zorghotel voor somatische gezondheidszorg dat voldoet aan onze criteria. Wilt u weten welke herstellingsoorden en zorghotels voldoen aan onze criteria? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- de kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg;
- de eigen bijdrage Wlz of Wmo.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	maximaal € 50 per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 100 per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar

Beter Voor Nu maximaal € 50 per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar

Art. 44 Hospice

Wij vergoeden de eigen bijdragen ten behoeve van een verzekerde bij verblijf in een hospice. De hospice moet participeren in het netwerk palliatieve zorg in de regio. De hospice mag geen deel uitmaken van een gezondheidsinstelling, zoals een verpleeg-, bejaarden- of verzorgingstehuis.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de eigen bijdrage die op grond van de Wlz in rekening wordt gebracht bij verblijf in een hospice.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 40 per dag tot maximaal € 3.600
Royaal	maximaal € 40 per dag tot maximaal € 3.600
Excellent	maximaal € 50 per dag tot maximaal € 4.500

Beter Voor Nu maximaal € 50 per dag tot maximaal € 4.500

Art. 45 Hulp aan huis voor verzekerden van 18 jaar en ouder bij ADL uitval na ziekenhuisverblijf

Wij geven aan verzekerden van 18 jaar en ouder, afhankelijk van de mate van ADL-uitval (algemene dagelijkse levensverrichtingen; denk aan wassen en aankleden) na een ziekenhuisverblijf met ontslag naar huis, een vergoeding voor de kosten van hulp aan huis. Met de vergoeding, die wij rechtstreeks aan u overmaken, kunt u zelf aanvullende zorg inkopen om zo uw ADL uitval te compenseren. Het kan bijvoorbeeld gaan om het vergoeden van de eigen bijdrage in het kader van de Wlz-zorg, maar ook is het mogelijk iemand in te schakelen voor tuinonderhoud, mantelzorg, hond uitlaten of boodschappen doen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wilt u in aanmerking komen voor deze vergoeding? Neem dan binnen 5 werkdagen na ontslag uit het ziekenhuis vooraf contact op met onze Klantenservice via 071 751 00 22.
- De mate van de ADL uitval wordt aan de hand van een protocol vastgesteld. Op basis van de uitkomst stellen wij de maximale financiële vergoeding vast. De vragen dienen naar waarheid te worden beantwoord en, als wij hierom vragen met bewijsmateriaal te kunnen worden aangetoond.
- De vergoeding voor hulp aan huis mag alleen aansluitend na een ziekenhuisverblijf met ontslag naar huis worden aangevraagd.
- Meerdere ziekenhuisverblijven die binnen 8 weken na elkaar plaatsvinden worden als 1 verblijf gezien.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van hulp aan huis bij ADL uitval:

- na verblijf in een ziekenhuis als gevolg van een bevalling, tenzij er sprake is van een complicatie;
- na verblijf op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een (psychiatrisch) ziekenhuis.

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 1.000 per persoon na verblijf in een ziekenhuis (afhankelijk van de mate van ADL uitval)
Royaal	maximaal € 1.000 per persoon na verblijf in een ziekenhuis (afhankelijk van de mate van ADL uitval)
Excellent	maximaal € 1.000 per persoon na verblijf in een ziekenhuis (afhankelijk van de mate van ADL uitval)

Beter Voor Nu maximaal € 1.000 per persoon na verblijf in een ziekenhuis (afhankelijk van de mate van ADL uitval)

Art. 46 Kinderopvang tijdens en na ziekenhuisopname ouder(s)

Wordt een ouder die bij ons is verzekerd, opgenomen in een ziekenhuis? Dan regelen wij voor u kinderopvang aan huis buiten de uren die u normaal al geregeld heeft, vanaf de derde dag van de ziekenhuisopname tot en met de derde dag na het ontslag. Dit geldt voor inwonende kinderen tot 12 jaar. Het aantal uren kinderopvang dat wij vergoeden hangt af van de leeftijd van uw jongste kind.

Voorwaarde voor vergoeding

Wilt u gebruikmaken van kinderopvang? Dan heeft u vooraf toestemming van ons nodig. Neem hiervoor contact met ons op.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De kinderopvang moet worden geregeld en geleverd door een instelling voor kinderopvang waarmee wij een contract hebben afgesloten.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- kinderopvang bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis;
- uitbreiding van het aantal uren die u normaal al geregeld heeft bij een kinderdagverblijf.

Start	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%
Extra	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%
Royaal	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%
Excellent	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%

Beter Voor Nu geen dekking

Art. 47 Leefstijlinterventies

Hieronder leest u in welke gevallen wij de kosten van leefstijlinterventies vergoeden.

47.1 Dieetadviesing door een diëtist

Wij vergoeden de kosten van dieetadviesing door een diëtist. Dieetadviesing is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Heeft u op grond van de basisverzekering recht op vergoeding van dieetadviesing? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de basisverzekering.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van én dieetadviesing én voedingsvoorlichting (48.2) voor eenzelfde diagnose.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	maximaal € 120 per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu maximaal € 120 per persoon per kalenderjaar

47.2 Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of diëtist

Wij vergoeden de kosten van voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of een diëtist. Voedingsvoorlichting is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten, zonder medisch doel.

Voorwaarde voor vergoeding

De gewichtsconsulent moet aangesloten zijn bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de BGN.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- groepsbehandelingen voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent;
- én voedingsvoorlichting én dieetadviesing (48.1) voor eenzelfde diagnose.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	maximaal € 120 per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu maximaal € 120 per persoon per kalenderjaar

47.3 (Preventieve) cursussen

47.3.1 Wij vergoeden de kosten van de volgende (preventieve) cursussen:

- Bij **hartproblemen** een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hartproblemen. De cursus wordt georganiseerd door een thuiszorginstelling.
- Bij **lymfoedeem** een bewustwordings- en/of zelfmanagementcursus met als doel patiënten te leren zelf actief bij te dragen aan het voorkomen, signaleren en/of

behandelen van lymfoedeem. De cursus moet worden georganiseerd door een daartoe bevoegde docent. Deze docent moet de opleiding tot docent zelfmanagement bij lymfoedeem hebben gevolgd bij de Stichting Lymfologie Centrum Nederland (SLCN). Een lijst met bevoegde docenten vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.

- Bij **reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew** een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hun ziekte. De cursus moet worden georganiseerd door het Reumafonds of een thuiszorginstelling.
- Bij **diabetes type 2** een patiënten-, basis- of vervolgeducatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling.
- Bij **afvallen** een cursus georganiseerd door een thuiszorginstelling. Of 1 van de schriftelijke en online programma's georganiseerd door Happy Weight. Of het 10 weekse voedings- en beweegprogramma 'Afvallen & Afblijven' georganiseerd door een andere aanbieder waarmee wij afspraken hebben gemaakt. Wilt u weten met welke aanbieder(s) wij afspraken hebben gemaakt? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener of neem contact met ons op.
- Een cursus **stoppen met roken**, georganiseerd door Allen Carr, I Quit Smoking, een thuiszorginstelling of door hiervoor door ons gecontracteerde lasertherapeuten bij Prostop Lasertherapie, Lasercentrum Smoke Free en Lasercentra Noord-Oost Nederland.
- Een basis **reanimatiecursus** via de Nederlandse Hartstichting.
- Een **EHBO cursus** die opleidt tot het diploma Eerste Hulp van het Oranje Kruis of het certificaat Eerste Hulp van het Rode Kruis. De cursus moet worden georganiseerd door:
 - de plaatselijke EHBO-vereniging;
 - het Rode Kruis;
 - iedereen EHBO (internetcursus).
- Een **cursus eerste hulp bij kindergevallen**. De cursus moet worden georganiseerd door:
 - een thuiszorginstelling;
 - de plaatselijke EHBO-vereniging;
 - iedereen EHBO (de internetcursus EHBO bij kinderen).
- Een **online slaapcursus** of de 'slaapcoach' waarbij u online professioneel advies en praktische oplossingen krijgt om beter te slapen. De cursus moet worden georganiseerd door Somnio.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Start	75% tot maximaal € 115 per cursus per persoon per kalenderjaar
Extra	75% tot maximaal € 115 per cursus per persoon per kalenderjaar
Royaal	75% tot maximaal € 115 per cursus per persoon per kalenderjaar
Excellent	per aandoening 1 cursus per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu 75% tot maximaal € 115 per cursus per persoon per kalenderjaar

47.3.2 Wij vergoeden, in aanvulling op artikel 44.3.1, de kosten van de volgende (preventieve) cursussen:

- Het **valpreventieprogramma** 'In Balans'. Dit programma kunt u volgen bij een PlusPraktijk fysiotherapie en/of oefentherapie die hieraan deelneemt. Wilt u weten welke PlusPraktijken fysiotherapie en/of oefentherapie hieraan deelnemen? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener of neem contact met ons op. U kunt ook een valpreventieprogramma bij een thuiszorginstelling volgen.
- Een **bewegingsprogramma** voor ouderen. Het programma moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling of Pim Mulier;
- Een **geheugentraining**. De training moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	per aandoening 1 cursus per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu 75% tot maximaal € 115 per cursus per persoon per kalenderjaar

47.4 Overgangsconsult

Wij vergoeden de kosten van een overgangsconsult.

Voorwaarde voor vergoeding

Het consult moet worden gegeven door een overgangsconsulent die is aangesloten bij Care for Women of bij de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOG). Of de overgangsconsulent moet voldoen aan de kwaliteitseisen van één van deze organisaties.

Start	geen dekking
Extra	75% tot maximaal € 115 per persoon per kalenderjaar
Royaal	75% tot maximaal € 115 per persoon per kalenderjaar
Excellent	75% tot maximaal € 115 per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu 75% tot maximaal € 115 per persoon per kalenderjaar

47.5 Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal 1 basis leefstijltraining voor:

- hartpatiënten;
 - whiplashpatiënten;
 - mensen met stress- en burn-outgerelateerde klachten.
- De cursus moet zijn georganiseerd door Leefstijl Training & Coaching.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 1.000 per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 1.000 per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 1.500 per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu maximaal € 1.000 per persoon per kalenderjaar

Art. 48 Mantelzorgvervanging voor gehandicapten en chronisch zieken

Bent u gehandicapt of chronisch ziek en ontvangt u thuis mantelzorg? Dan vergoeden wij bij afwezigheid van die mantelzorg de kosten van vervangende zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- De zorg moet worden geleverd door Handen-in-huis (Stichting Mantelzorgvervanging Nederland in Bunnik). Handen-in-huis verzorgt ook de aanvraag. U kunt rechtstreeks contact opnemen met deze stichting via telefoonnummer 030 659 09 70.
- U moet de zorg 8 weken van tevoren aanvragen.

Start	geen dekking
Extra	maximaal 21 dagen per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal 21 dagen per persoon per kalenderjaar
Excellent	100%

Beter Voor Nu maximaal 21 dagen per persoon per kalenderjaar

Art. 49 Patiëntenverenigingen

Wij vergoeden de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een betalingsbewijs, waaruit blijkt dat u lid bent geworden of een geldig bewijs van lidmaatschap, aan ons geven. Een bankafschrift moet op naam gesteld zijn.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	maximaal € 25 per lidmaatschap per persoon per kalenderjaar
Excellent	100%

Beter Voor Nu maximaal € 25 per lidmaatschap per persoon per kalenderjaar

Art. 50 Sportarts

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

Voorwaarde voor vergoeding

De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI) en/of

gecertificeerd zijn door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).

Start	maximaal € 130 per persoon per kalenderjaar
Extra	maximaal € 130 per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 130 per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 200 per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu maximaal € 130 per persoon per kalenderjaar

Art. 51 Sportmedisch onderzoek

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

Voorwaarde voor vergoeding

De Sportmedische Instelling moet zijn aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI) en/of gecertificeerd zijn door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Voert een sportarts een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek uit om uw individuele gezondheid en geschiktheid te beoordelen? En moet dit onderzoek uitwijzen of u een specifieke sport kunt uitoefenen of toegelaten kunt worden tot een sportopleiding? Dan vergoeden wij de kosten hiervan niet.

Start	maximaal € 100 per persoon per 2 kalenderjaren
Extra	maximaal € 100 per persoon per 2 kalenderjaren
Royaal	maximaal € 150 per persoon per 2 kalenderjaren
Excellent	maximaal € 300 per persoon per 2 kalenderjaren

Beter Voor Nu maximaal € 100 per persoon per 2 kalenderjaren

Art. 52 Therapeutische vakantiecampen

Wij vergoeden de kosten van therapeutische vakantiecampen voor kinderen (52.1) en voor gehandicapten (52.2) en vaar-, hotel- of bungalowvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken (52.3).

52.1 Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen

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

- Stichting Lekker Vel;
- Stichting Heppie (voor kinderen met astma en/of constitutioneel eczeem);
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen;
- Stichting De Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Jump);
- Bas van de Goor Foundation (sportkampen voor diabetici).

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 150 per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 250 per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 500 per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu geen dekking

52.2 Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten

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

Start	geen dekking
Extra	maximaal € 150 per persoon per kalenderjaar
Royaal	maximaal € 250 per persoon per kalenderjaar
Excellent	maximaal € 500 per persoon per kalenderjaar

Beter Voor Nu geen dekking

52.3 Vaar-, hotel- of bungalowvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken

Bent u gehandicapt of chronisch ziek? Dan geven wij een tegemoetkoming in de kosten van een hotel-, bungalow- of vaarvakantie, georganiseerd door het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem.

- Tijdens de vaarvakantie reist u met het schip J. Henry Dunant van het Nederlandse Rode Kruis of met het schip Ms. De Zonnebloem.
- Tijdens de hotelvakantie verblijft u in de hotels van het Nederlandse Rode Kruis (Jusselviëdt in Wezep of De Valkenberg of De Paardestal in Rheden).

- c. Tijdens de bungalowvakantie verblijft u in de Rode Kruis Bungalow in Someren van de Stichting Rode Kruis Bungalow.
 d. Voorwaarde voor vergoeding

De vakantiecoördinator van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem voert een intakegesprek met de chronisch zieke of gehandicapte. De coördinator bepaalt of u in aanmerking komt voor deelname. Dat doet hij aan de hand van uw ziekte of handicap. Ook weegt hij mee of u eerder heeft deelgenomen.

Start	geen dekking
Extra	vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem. hotel- of bungalowvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis.
Royaal	vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem. hotel- of bungalowvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis.
Excellent	vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem. hotel- of bungalowvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis.
Beter Voor Nu	vaarvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis of de Zonnebloem hotel- of bungalowvakantie: tegemoetkoming van 25% in de kosten, op basis van de tarieven van het Nederlandse Rode Kruis.

Art. 53 Uitkering bij een ongeval

Heeft u een ongeval gehad tijdens de looptijd van deze verzekering? Dan geven wij een uitkering als blijkt dat hierdoor geheel of gedeeltelijk blijvend verlies of functieverlies van enig deel, vermogen of orgaan van het lichaam is veroorzaakt.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een verklaring van een arts aan ons geven waaruit blijkt dat de klachten als gevolg van het ongeval zijn ontstaan.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij verlenen geen uitkering voor blijvend verlies of functieverlies van gebitselementen.

Start	geen dekking
Extra	geen dekking
Royaal	€ 250 per ongeval
Excellent	€ 250 per ongeval

Beter Voor Nu geen dekking

Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar en ouder en heeft u een aanvullende verzekering Tandartskosten afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus.

Gaat u naar een tandarts? Dan vergoeden wij 100% van de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes).

Vergoeding kosten Mondhygiënist

Mondhygiëne, behandeling van tandvleesaandoeningen en kleine vullingen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiëniste. De mondhygiëniste mag, afhankelijk van welke behandeling u krijgt, zowel M-codes als T-codes

(parodontologische behandelingen) declareren. Declareert een mondhygiëniste T-codes? Dan vergoeden wij maximaal 75% bij een T Start, T Extra of T Royaal.

Vergoeding kosten overige behandelingen

Heeft u een T Start, T Extra of T Royaal? Dan vergoeden wij de kosten van de overige behandelingen voor maximaal 75%. Als u een T Excellent heeft, is dat 100%.

Let op! Wij vergoeden alleen de kosten als de maximale vergoeding van de door u gekozen verzekering Tandartskosten nog niet is bereikt.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen (C70, C75 en C76)
- een afspraak die u niet bent nagekomen (C90);
- uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97, E98 en E00);
- mandibulair repositieapparaat (MRA: een prothese tegen snurken) en de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- orthodontie;
- abonnementen;
- volledige narcose;
- gecompliceerde extractie door de kaakchirurg, deze wordt uit de basisverzekering vergoed.

Maximale vergoedingen

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket. Hieronder leest u de vergoedingen voor de verschillende pakketten.

T START

- Wij vergoeden C-codes, M-codes, V-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 250 per persoon per kalenderjaar.

T EXTRA

- Wij vergoeden C-codes, M-codes, V-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 500 per persoon per kalenderjaar.

T ROYAAL

- Wij vergoeden C-codes, M-codes, V-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 1.000 per persoon per kalenderjaar.

T EXCELLENT

- Wij vergoeden alle codes voor 100%.
- De totale vergoeding is maximaal € 1.250 per persoon per kalenderjaar.

Met de Ziekenhuis Extra Verzekering heeft u onder andere recht op vergoeding van extra's bij verblijf in een ziekenhuis. Hieronder leest u de artikelen die gelden voor deze aanvullende verzekering.

Let op! Deze polisvoorwaarden zijn alleen van toepassing op verzekerden met een Ziekenhuis Extra Verzekering. U kunt deze verzekering niet meer afsluiten. Op uw polisblad kunt u zien of u Ziekenhuis Extra Verzekering heeft afgesloten.

Art. 1 Comfortvoorzieningen bij ziekenhuisverblijf

Bent u 18 jaar of ouder en verblijft u langer dan 24 uur op een verpleegafdeling in een ziekenhuis? Dan vergoeden wij de kosten van een aantal comfortvoorzieningen. Het gaat dan om:

- verblijf in een één- of tweepersoonskamer, terwijl dat medisch gezien niet noodzakelijk is;
- aanvullende comfortservices bij gecontracteerde ziekenhuizen (deze verschillen per ziekenhuis; bijvoorbeeld tv-aansluiting, internet, telefoon, krant of een koelkast gevuld met drankjes op de kamer).

Hieronder leest u welke 3 vergoedingsmogelijkheden er zijn voor de kosten van de comfortvoorzieningen.

Ziekenhuizen in Nederland waarmee wij een contract hebben voor extra comfortvoorzieningen

Wij hebben diverse ziekenhuizen in Nederland gecontracteerd voor extra comfortvoorzieningen. Wij vergoeden de kosten die het ziekenhuis hiervoor in rekening brengt. Zijn de comfortvoorzieningen niet beschikbaar voor u? Dan vergoeden wij € 70 per dag dat u in het ziekenhuis verblijft (de zogenoemde daggeldvergoeding). Wij vergoeden tot maximaal € 4.900 per kalenderjaar.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij een contract hebben voor extra comfortvoorzieningen? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener of neem contact met ons op.

Ziekenhuizen in Nederland waarmee wij geen contract hebben voor extra comfortvoorzieningen

Verblijft u in een ziekenhuis in Nederland waarmee wij géén contract hebben voor extra comfortvoorzieningen? Dan vergoeden wij maximaal € 150 per dag dat u in het ziekenhuis verblijft (de zogenoemde daggeldvergoeding). Het gaat hierbij om een vergoeding ter compensatie van de extra kosten die het ziekenhuis in rekening brengt voor verblijf in een één- of tweepersoonskamer. Is de één- of tweepersoonskamer niet beschikbaar voor u? Dan vergoeden wij € 70 per dag dat u in het ziekenhuis verblijft (de zogenoemde daggeldvergoeding). In dit laatste geval vergoeden wij maximaal € 4.900 per kalenderjaar. In een ziekenhuis in Nederland die wij niet hebben gecontracteerd voor extra comfortvoorzieningen heeft u geen recht op vergoeding van aanvullende comfortservices.

Comfortvoorzieningen in een buitenlands ziekenhuis

Verblijft u in een buitenlandse zorginstelling? En ondergaat u daar een medische behandeling die wij hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij de extra kosten die de zorginstelling in rekening brengt voor verblijf in een één- of tweepersoonskamer. Wij vergoeden ook de kosten van een eventuele honorarium-toeslag. Als de één- of tweepersoonskamer voor u niet beschikbaar is, vergoeden wij € 70 per dag dat u in het ziekenhuis verblijft (de zogenoemde daggeldvergoeding). Wij vergoeden dan tot maximaal € 4.900 per kalenderjaar. Verblijft u in een buitenlandse zorginstelling? En ondergaat u daar een medische behandeling die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij tot maximaal € 70 per dag dat u in het ziekenhuis verblijft (de zogenoemde daggeldvergoeding). Het gaat hierbij om een vergoeding voor de extra kosten die de zorginstelling in rekening brengt voor verblijf in een één- of tweepersoonskamer. Wij vergoeden maximaal € 4.900 per kalenderjaar.

Een eventuele honorariumtoeslag vergoeden wij niet. U heeft daarnaast zowel bij gecontracteerde als niet-gecontracteerde medische behandelingen in het buitenland geen recht op vergoeding van aanvullende comfortservices.

Bent u zowel in Nederland als in het buitenland opgenomen geweest en heeft u recht op daggeldvergoeding? Dan vergoeden wij maximaal € 4.900 per kalenderjaar voor beide opnames.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden in de 3 hiervoor genoemde vergoedingsmogelijkheden niet de kosten van comfortvoorzieningen bij verblijf op de revalidatie-afdeling of psychiatrische afdeling van een (psychiatrisch) ziekenhuis.

Art. 2 Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel

Verblijft u in een herstellingsoord of zorghotel dat wij hebben gecontracteerd voor somatische gezondheidszorg? Dan vergoeden wij de kosten van deze zorg. Wij vergoeden maximaal € 100 per dag tot maximaal 28 dagen per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- U moet verblijven in een herstellingsoord of zorghotel voor somatische gezondheidszorg dat voldoet aan onze criteria. Wilt u weten welke herstellingsoorde en zorghotels voldoen aan onze criteria? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- de kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg;
- de eigen bijdrage Wlz of Wmo.

Art. 3 Taxivervoer van en naar het ziekenhuis

Maakt u op de eerste en laatste dag van uw ziekenhuisverblijf in Nederland kosten voor taxivervoer? Dan vergoeden wij de kosten van dit vervoer vanaf uw woonadres naar en van het ziekenhuis. Begeleidt iemand u bij dit vervoer? Dan vergoeden wij ook de kosten van zijn of haar heen- of terugreis. Per ziekenhuisverblijf vergoeden wij maximaal 4 taxiriten.

Ter verantwoording

Uw privacy - waarom vragen wij om uw gegevens?

We vragen uw persoonsgegevens en andere gegevens als u bij ons een verzekering of financiële dienst aanvraagt. We gebruiken uw gegevens binnen de Achmea Groep om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren. Ook geven we u informatie over producten en diensten die belangrijk voor u kunnen zijn.

Waarvoor gebruiken we uw gegevens nog meer?

We gebruiken uw gegevens daarnaast:

- om ons bestand van relaties te beheren;
- om fraude te voorkomen en te bestrijden;
- om statistisch onderzoek te doen;
- om te voldoen aan de wet.

Als we uw persoonsgegevens gebruiken, houden we ons aan de regels die hiervoor gelden, zoals bijvoorbeeld:

- de Wet bescherming Persoonsgegevens;
- de gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen;
- de gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.

Krijgt u liever geen informatie over onze producten en diensten?

Of wilt u niet dat wij uw e-mailadres gebruiken? Stuur dan een brief of e-mail naar:

Avéro Achmea
Postbus 101
7300 AK Apeldoorn
www.averoachmea.nl

Over de Stichting CIS

Wij kunnen uw gegevens opvragen of laten opnemen in de bestanden van de Stichting CIS in Den Haag. Dit is het centrale informatiesysteem van de verzekeringsmaatschappijen die in Nederland werken. Bijvoorbeeld als u belangrijke informatie niet heeft doorgegeven en wij de verzekering stoppen. Hierdoor willen we risico's beheersen en fraude voorkomen.

Kijk voor meer informatie op www.stichtingcis.nl. Hier leest u ook hoe de stichting met uw gegevens omgaat.

Toepasselijk recht en klachtenbehandeling

Op de verzekeringen is uitsluitend Nederlands recht van toepassing. Vanzelfsprekend doen wij ons uiterste best om u zo goed mogelijk van dienst te zijn. Toch is het mogelijk dat u ergens ontevreden over bent. Neemt u in zo'n geval eerst contact op met uw adviseur of contactpersoon. Wilt u toch een klacht indienen, dan kan dit per e-mail via onze website www.averoachmea.nl ('klacht doorgeven') of schriftelijk bij Avéro Achmea, Centrale Klachtcoördinatie, Antwoordnummer 2241, 8000 VB Zwolle. Als wij er naar uw mening niet in slagen het probleem naar uw tevredenheid op te lossen, dan kunt u, indien u een natuurlijke persoon bent die niet handelt in de uitoefening van een bedrijf of beroep, zich wenden tot de erkende geschilleninstantie waarbij wij zijn aangesloten: Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, tel. 030 698 83 60, www.skgz.nl

Wat doen wij en wie zijn wij?

Wij bieden verzekeringen en andere financiële diensten aan. We verkopen onze producten en oplossingen niet zelf aan onze klanten. Daarvoor werken we samen met adviseurs. Onze adviseurs geven u onafhankelijk advies. Zo bent u verzekerd op de manier die bij u past.

We zijn een merk van Achmea, Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. in Leiden. Achmea is de grootste verzekeraar van Nederland. Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 30208633 en de AFM onder nummer 12001023.

De kantooradressen van Avéro Achmea zijn:

Dellaertweg 1
2316 WZ Leiden

Lange Marktstraat 26
8911 AD Leeuwarden

www.averoachmea.nl



Keurmerk Klantgericht Verzekeren

Avéro Achmea heeft het Keurmerk Klantgericht Verzekeren

Vertrouwen en zekerheid zijn essentieel voor de kwaliteit van dienstverlening in de verzekeringsbranche. Het Keurmerk Klantgericht Verzekeren is een keurmerk van de onafhankelijke Stichting toetsing verzekeraars (Stv). Alleen verzekeraars die eerlijke informatie geven, voortvarend dienstverleners, goed bereikbaar zijn, de klanttevredenheid toetsen en de resultaten hiervan gebruiken om de dienstverlening te verbeteren en een consistent kwaliteitsbeleid voeren, komen in aanmerking voor het keurmerk.

