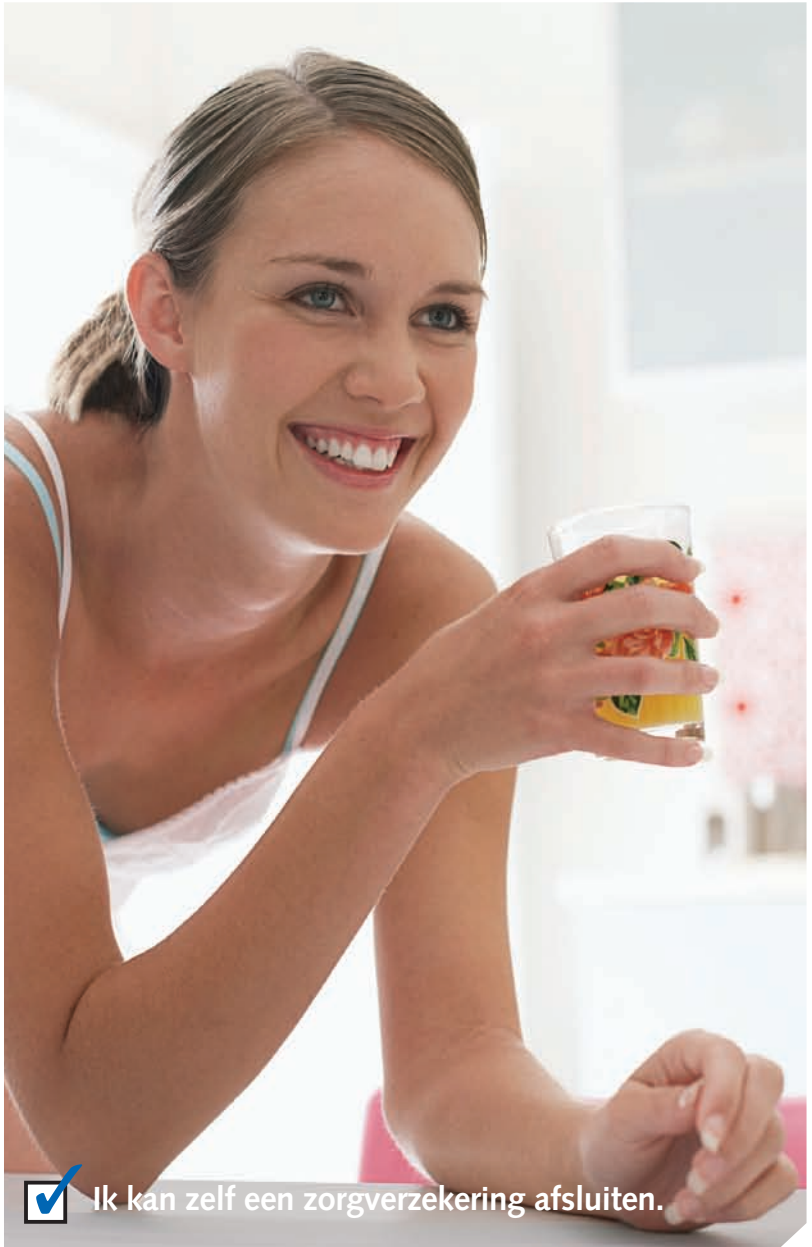




FBTO ZORGVERZEKERING



FLEXIBEL EN
EENVOUDIG
AAN TE
PASSEN

BEREKEN UW
PREMIE EN
VERZEKER U
DIRECT VIA
FBTO.NL



Ik kan zelf een zorgverzekering afsluiten.



CONTACT

3



HOE TE HANDELEN

4

ALGEMENE VOORWAARDEN

9

H1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

10

H2 GRONDSLAG VAN DE VERZEKERING

16

H3 PRODUCTVOORWAARDEN ZORGVERZEKERING

30

H4 GENEESKUNDIGE ZORG

32

H5 OVERIGE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG

39

H6 GGZ

53

PREMIEBIJLAGE

55



CONTACT

Telefoon:

De afdeling Ziektekosten is bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.00 tot 17.30 uur: (058) 234 55 55

Speciale telefoonnummers:

FBTO Alarmcentrale: (058) 234 56 50
Vanuit het buitenland: +31(58) 234 56 50

Fax:

vragen met betrekking tot offerte:
(058) 234 55 54
vragen over polis en/of premienota:
(058) 234 53 64
vragen met betrekking tot vergoedingen:
(058) 234 51 84

Internet:

Ga voor meer informatie naar fbto.nl.
Wijzigingen met betrekking tot uw persoonsgegevens of uw verzekeringen kunt u via Mijn FBTO doen.

Schriftelijk:

FBTO
Postbus 318
8901 BC Leeuwarden
(Informatie over het indienen van nota's kunt u terugvinden onder het hoofdstuk 'Hoe te handelen')

E-mail:

Vragen met betrekking tot offertes:
verkoop.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot de polis of de premienota en het doorgeven van wijzigingen:
administratie.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot vergoedingen of afwikkeling van (ingediende) nota's:
uitkeringen.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot vergoedingen waarvoor vooraf toestemming is vereist of zorgbemiddeling, zorggarantie en ziekenhuisnota's:
zorg.machtigingen@fbto.nl

Vragen met betrekking tot acceptatie:
acceptatie.zorg@fbto.nl

Vragen met betrekking tot GGZ:
ggz.fbto@achmea.nl

Vragen met betrekking tot zorgverleners:
info.zorgverleners@fbto.nl

Wij verzoeken u op alle correspondentie en nota's het Burgerservicenummer van de betreffende verzekerde te vermelden.



HOE TE HANDELEN

Inzenden van nota's

Algemeen

Alleen originele nota's, niet ouder dan 36 maanden na het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, komen voor vergoeding in aanmerking. Voor nota's ouder dan 12 maanden kan een aangepaste vergoeding plaatsvinden (zie artikel 12 lid 2 van de voorwaarden).

In verband met de werking van het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet is het belangrijk dat u al uw ziektekostennota's bij FBTO indient. Dit geldt ook als u een vrijwillig eigen risico heeft gekozen.

(Online) Declareren

Met uw FBTO Zorgverzekering kunt u gebruik maken van onze unieke declaratieservice. Ga naar MijnFBTO en log in met uw gegevens. In uw productoverzicht kiest u bij uw zorgverzekering voor 'zorgnota declareren'.

FBTO verwerkt uw nota('s) binnen 2 werkdagen na ontvangst. Binnen 1 week ontvangt u of de door u gekozen zorgverlener de vergoeding.

Nadat u uw nota aan FBTO heeft toegezonden, vragen wij u de originele nota een jaar in uw administratie te bewaren. Steekproefsgewijs kunnen wij u vragen de ingediende nota op te sturen. Wij vragen deze nota's op in verband met eventuele controle op fraude.

Wanneer u niet in de mogelijkheid bent uw ziektekostennota's digitaal te versturen, kunt u uw nota's schriftelijk toesturen aan FBTO. Hiervoor moet u de volgende stappen volgen:

Stap 1. Noteer het Burgerservicenummer van de verzekerde waar de nota betrekking op heeft op de, originele, nota('s) in de rechterbovenhoek.

Stap 2. Geef aan dat u deze nota "betaald" of "niet betaald" heeft. Indien u ons verzoekt een nota rechtstreeks aan de zorgverlener te betalen, kan het voorkomen dat wij de nota (met inhouding van het verplicht en eventueel vrijwillig eigen risico) aan u overmaken. Vervolgens ontvangt u van ons bericht met het verzoek de het volledige bedrag aan de zorgverlener te betalen.

Stap 3. Stuur de nota('s) naar:

FBTO
T.a.v. afdeling Zorg declaratieverwerking
Postbus 318
8901 BC LEEUWARDEN

FBTO verwerkt deze nota's binnen 5 werkdagen na ontvangst. Dit betekent dat de vergoeding binnen 10 dagen na ontvangst op uw bank- of girorekening staat.

Eigen risico (Verplicht)

Het verplicht eigen risico is automatisch van toepassing en geldt alleen voor personen van 18 jaar en ouder. Als u een beroep doet op de basisverzekering, gaat dit ten koste van uw verplicht eigen risico van maximaal € 165,- per persoon per jaar. De kosten van de huisarts, verloskundige zorg, kraamzorg, tandheelkundige hulp tot 22 jaar en bruikleen van hulpmiddelen vallen niet onder het verplicht eigen risico.

Eigen risico (Vrijwillig)

Naast het verplicht eigen risico kunt u voor de basisverzekering ook kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 0,- tot € 500,- in stappen van € 100,-. Hoe hoger uw eigen risico, hoe hoger uw korting op de premie voor de basisverzekering. Uw vrijwillig eigen risico wordt pas aangesproken als uw verplicht eigen risico (van € 165,- per persoon per jaar) is overschreden. De kosten van huisarts, verloskundige zorg, kraamzorg, tandheelkundige hulp tot 22 jaar en bruikleen van hulpmiddelen vallen niet onder het door u gekozen vrijwillig eigen risico (zie hiervoor artikel 9 van de FBTO Zorgverzekering Voorwaarden Basisverzekering).

Maandelijks gaan wij na of wij zorgkosten hebben voorgesloten die invloed hebben op het (vrijwillig) eigen risico. Als dit het geval is, vorderen wij die (gedeeltelijke) kosten middels automatische incasso van het bij ons bekende rekeningnummer.

Medische kosten in het buitenland

Wordt u in het buitenland geconfronteerd met een situatie waarbij u hulp nodig heeft, neem dan onmiddellijk contact op met de FBTO Alarmcentrale: +31 (58) 234 56 50. Dit nummer is zeven dagen per week en 24 uur per dag bereikbaar.

Let op: dit telefoonnummer gebruikt u alleen in noodsituaties waarin snelle hulp nodig is. Bijvoorbeeld in geval van een ongeval, ziekenhuisopname of andere nare omstandigheden waarmee u te maken kunt krijgen. In deze gevallen kan de FBTO Alarmcentrale garant staan voor de kosten van uw behandeling.

In overige gevallen verzoeken wij u de kosten van de buitenlandse zorgverlener voor te schieten en de nota bij terugkomst in Nederland bij ons te declareren.

Nota's geneeskundige kosten buitenland

Declaraties van buitenlandse zorgverleners met een notabedrag hoger dan € 200,- kunnen rechtstreeks door ons verrekend worden met de betrokken instantie. Declaraties lager dan € 200,- worden aan u uitbetaald. FBTO heeft overeenkomsten met verschillende zorgverleners in België en Duitsland. Wanneer u gebruik maakt van deze zorgverleners dan worden de nota's rechtstreeks door ons betaald.

Wij verzoeken u de nota met het Burgerservicenummer van de verzekerde waar de nota betrekking op heeft samen met het ingevulde vragenformulier in te sturen. Dit formulier kunt u downloaden op fbto.nl. of bij ons opvragen. Wanneer u de nota samen met het formulier naar ons toestuurt, bespoedigt dit de afwikkeling van uw nota(s).

Omrekenkoers buitenlandse valuta / buitenlandse nota's

Wij vergoeden de kosten van zorg van een zorgverlener aan u in euro's met inachtneming van de omrekenkoers zoals die is vastgesteld door het College voor zorgverzekeringen. Wanneer deze koers ontbreekt, hanteren wij de maandelijkse wisselkoers van de Nederlandsche Bank. Wij hanteren in dat geval de wisselkoers van de maand waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. De vergoeding waar u recht op hebt, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer wat bij ons bekend is van een in Nederland gevestigde bank.

De nota's dienen in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans te zijn opgesteld. Wanneer wij het noodzakelijk achten, kunnen wij u verzoeken om een nota door een beëdigd vertaler te laten vertalen. Wij vergoeden niet de kosten van het vertalen.

Behandelingen waarbij toestemming vooraf geldt

Op basis van de polisvoorwaarden moet voor een aantal behandelingen of verstrekkingen vooraf toestemming worden gevraagd. De belangrijkste zijn:

- hulpmiddelen;
- gebitsprothese;
- maagband;
- orgaantransplantaties;
- bijzondere tandheelkunde (bijvoorbeeld bij implantaten);
- bijzondere orthodontie;
- bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood;
- behandelingen in het buitenland.

Deze lijst is niet limitatief. Naast de genoemde behandelingen adviseren wij u bij plastische chirurgie vooraf te informeren naar de vergoedingsmogelijkheden.

Wij raden u aan altijd vooraf de voorwaarden te raadplegen of bij ons te informeren. Het rechtstreekse telefoonnummer hiervoor is: (058) 234 53 33.

Behandelplan (module Therapieën art. 15 lid 2)

Als u bij paramedische zorg hebt gekozen voor "onbeperkte" dekking en u hebt meer dan achttien therapeutische behandelingen nodig, dan moet u volgens de vergoedingsregel van de module therapieën een aanvraag indienen voor verlenging van vergoeding. Voor deze aanvullende behandelingen kunt u 14 dagen voor afloop van de eerste achttien behandelingen toestemming bij FBTO aanvragen. U dient hiervoor het behandelplan volledig ingevuld en indien nodig ondertekend aan ons te retourneren. Het behandelplan kunt u downloaden via fbto.nl.

Het behandelplan wordt dan op medische noodzaak beoordeeld door onze paramedisch adviseur. Wij informeren u vervolgens schriftelijk over het aantal behandelingen dat nog voor vergoeding in aanmerking komt.

Services

Apotheekservice

Op vertoon van uw FBTO zorgpas declareert de apotheker de kosten rechtstreeks bij FBTO. Als u de nota in de apotheek moet afrekenen, kunt u de nota op gebruikelijke wijze declareren.

Second opinion

U hebt naast de vergoeding van second opinion in de basisverzekering recht op vergoeding van de kosten van een second opinion consult in Nederland of een andere EU/EER-staat door een (tand) arts. Een second opinion is een tweede mening op basis van het beschikbare medisch dossier van een andere medisch specialist dan de behandelend arts. De vergoeding heeft uitsluitend betrekking op de second opinion en niet op de eventuele vervolgbehandeling.

Vakantiedokter

Gratis advies bij niet spoedeisende medische vragen voor en/of tijdens vakantie.

Stel, u bent met uw gezin op vakantie en één van de kinderen heeft al twee dagen last van buikpijn. Wat doet u dan? Gaat u naar de plaatselijke dorpsdokter? Of besluit u toch nog maar even te wachten? Voor deze twijfelgevallen is er nu de Vakantiedokter!

Vanaf uw vakantieadres kunt u voor advies bij niet-spoedeisende medische hulp bellen naar de Vakantiedokter op telefoonnummer +31 (71) 36 41 802.

U krijgt dan een Nederlands sprekende deskundige hulpverlener aan de lijn. Als het nodig is, verbindt die u meteen door met een verpleegkundige of een arts. Ook voor vaccinatie-advies kunt u de Vakantiedokter bellen.

Zorgpas/Inkoopvoordelen

Op vertoon van uw FBTO Zorgpas krijgt u korting op producten en diensten van onder andere:

- Specsavers. U ontvangt 20% korting op de aankoopprijs van een complete bril of 15% korting op contactlenzen bij contante betaling in de Specsavers vestiging;
- Motifactor. Bij inschrijving van een bewegingsprogramma via Motifactor ontvangt u één uur persoonlijke coaching (ter waarde van € 75,-) gratis;
- Flexitax. Bij gebruik van een taxi (in verband met ziekenvervoer) die is aangesloten bij Flexitax ontvangt u 10% korting op de vervoerstarieven.
- Swim safe float suit. U betaalt in plaats van € 69,95 voor de Swim Safe Float Suit slechts € 44,95.

Wijzigen van modules

De basisverzekering kunt u aanvullen met een keuze uit 8 modules. U kunt deze modules maandelijks bijsluiten. Opzeggen kan natuurlijk ook. De module vervalt dan per de eerste van de eerstvolgende kalendermaand.

Voor een aantal behandelingen is er sprake van een wachttijd. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt.

- Gezichtszorg en Orthodontie:
Voor de module Gezichtszorg en Orthodontie geldt voor plastische chirurgie een wachttijd van 24 maanden.
- Module Therapieën:
Wanneer u de module Therapieën niet gelijktijdig met de FBTO Zorgverzekering (Basisverzekering) afsluit, is er voor paramedische zorg sprake van een wachttijd van zes maanden. Deze wachttijd geldt ook wanneer u een hogere dekking afsluit.
- Module Tandheelkundige hulp:
Er geldt voor kronen, bruggen, inlugs, enkele implantaten en parodontologische behandelingen in de module tandheelkundige hulp een wachttijd van zes maanden. Verzekerden die achttien worden en de module tandheelkundige hulp vanaf de eerstvolgende maand volgend op hun verjaardag afsluiten, vervalt deze wachttijd.
- Module Extra Zorg:
Voor de vergoeding van kosten van palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis en vervangende mantelzorg een wachttijd van zes maanden.

Voor het doorgeven van wijzigingen kunt u terecht op fbto.nl.

ALGEMENE VOORWAARDEN

I. ALGEMENE VOORWAARDEN

- Artikel 1 Begripsomschrijvingen
- Artikel 2 Grondslag van de verzekering
- Artikel 3 Werkgebied
- Artikel 4 Begin van de zorgverzekering
- Artikel 5 Duur van de zorgverzekering
- Artikel 6 Beëindiging van rechtswege
- Artikel 7 Premie
- Artikel 8 Herziening van de premie
- Artikel 9 Verplicht eigen risico
- Artikel 10 Vrijwillig gekozen eigen risico
- Artikel 11 Buitenland
- Artikel 12 Verplichtingen van de verzekerde
- Artikel 13 Onwaarachtige weergave van feiten
- Artikel 14 Onrechtmatige inschrijving
- Artikel 15 Kennisgeving relevante gebeurtenissen
- Artikel 16 Overige voorwaarden
- Artikel 17 Geschillen

II. PRODUCTVOORWAARDEN ZORGVERZEKERING

- Artikel 18 Zorgbemiddeling en dekking
- Artikel 19 Zorg door een huisarts
- Artikel 20 Medisch specialistische zorg
- Artikel 21 Verloskundige zorg en kraamzorg
- Artikel 22 Revalidatie
- Artikel 23 Orgaantransplantaties
- Artikel 24 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse
- Artikel 25 Mechanische beademing
- Artikel 26 Oncologische aandoeningen bij kinderen
- Artikel 27 Trombosedienst
- Artikel 28 Erfelijkheidsonderzoek en –adviesring
- Artikel 29 Audiologische zorg
- Artikel 30 Paramedische zorg
- Artikel 31 Mondzorg
- Artikel 32 Farmaceutische zorg
- Artikel 33 Hulpmiddelen
- Artikel 34 Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer
- Artikel 35 Uitsluitingen
- Artikel 36 Dyslexiezorg
- Artikel 37 Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ
- Artikel 38 Specialistische GGZ



H1 BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

Artikel 1 - Begripsomschrijvingen

Apotheekhoudende:	(Internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken of apotheekhoudende huisartsen.
Arts:	Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
Arts voor de jeugdgezondheidszorg:	De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de Jeugdzorg.
Bekkentherapeut:	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als bekkentherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
Bedrijfsarts:	Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGCR) ingesteld register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.
Bureau Jeugdzorg:	Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de Jeugdzorg.
Centrum voor bijzondere tandheelkunde:	Een universitair of daarmee door de zorgverzekeraar 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 erfelijkheidsadvies:	Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.
Contract met preferentiebeleid:	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.

<p>Diagnose Behandeling Combinatie (DBC):</p>	<p>Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg (voor wat betreft GGZ: specialistische (2e lijns) zorg). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.</p>
<p>Diensten- structuur:</p>	<p>Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit uitbreiding en beperking werkings-sfeer Wet marktordening gezondheidszorg dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.</p>
<p>Diëtist:</p>	<p>Een diëtist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.</p>
<p>Dyslexiezorg:</p>	<p>Diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie. Dit is een specifieke lees- en spellingsstoornis als gevolg van een neurobiologische functiestoornis die genetisch is bepaald en te onderscheiden is van andere lees- en spellingsproblemen.</p>
<p>Eerstelijns psycholoog:</p>	<p>Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en die voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling Eerstelijnspsy- chologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Het betreft hier dus settingspecifieke taakdifferentiatie. De 1e-lijnspsycholoog heeft zich dus niet toegelegd op de behandeling van een bepaalde patiëntencategorie.</p>
<p>Eerstelijns- psychologische zorg, niet specia- listische GGZ:</p>	<p>Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.</p>
<p>Ergotherapeut:</p>	<p>Een ergotherapeut, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde “Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.</p>
<p>EU- en EER- staat:</p>	<p>Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden.</p>

	Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.
Farmaceutische zorg:	De ter handstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde nadere reglement. De verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de daarbij behorende Regeling Zorgverzekering.
Fysiotherapeut:	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.
Gecontracteerde zorg:	De zorg die de zorgverzekeraar op basis van de Zorgverzekeringswet verplicht is op basis van een tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gesloten overeenkomst te verlenen dan wel te vergoeden.
Gezondheidszorg psycholoog:	Een gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
GGZ-instelling:	De instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert, en als zodanig is toegelaten.
Huisarts:	Een arts die is ingeschreven als huisarts in het door de Huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) ingesteld register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
Hulpmiddelen-zorg:	De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen functionerende hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.
IDEA-contract:	De overeenkomst (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apotheken) tussen FBTO en een apotheekhoudende waarin specifieke afspraken over de farmaceutische zorg zijn gemaakt.
In-vitrofertilisatie poging:	Zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende: <ul style="list-style-type: none"> - het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw; - het afnemen van eicellen; - de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium; en

	- het één of meer keren implanteren van één of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.
Jeugdgezondheids zorgarts:	De arts werkzaam als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg.
Kaakchirurg:	Een tandarts–specialist, die als kaakchirurg is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
Kalenderjaar:	De periode van 1 januari tot en met 31 december.
Kinderfysiotherapeut:	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens is ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
Kinder- en jeugdpsycholoog:	Een psycholoog die zich na een universitaire studie, door opleiding en werkervaring, gekwalificeerd heeft op het gebied van de kinder- en jeugdpsychologie en die als zodanig is ingeschreven bij het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP).
Klinisch psycholoog:	Een gezondheidszorgpsycholoog die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG.
Kraamcentrum:	Een instelling die verloskundige zorg en/of kraamzorg aanbiedt en die voldoet aan door de wet vastgestelde eisen.
Logopedist:	Een logopedist, die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit “diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut”.
Manueel therapeut:	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als manueel therapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
Marktconforme vergoedingen:	Het tarief dat doorgaans in Nederland voor een behandeling wordt vergoed. In de praktijk wordt het tarief gebaseerd op het door Achmea gemiddelde gecontracteerde tarief voor een betreffende behandeling.
Medisch adviseur:	De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert. Medisch specialist: Een arts, die als medisch specialist is ingeschreven in het door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingesteld Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
Mondhygiënist:	Een mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemd Besluit “opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist”.

Multidisciplinaire samenwerking:	Geïntegreerde (keten)zorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de verzekerde te leveren.
Oedeemtherapeut:	Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.
Oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck:	Een oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde "Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut".
Opname:	Opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.
Orthodontie:	Gebitsregulatie.
Orthodontist:	Een tandarts-specialist, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
Orthopedagoog-generalist:	Een orthopedagoog-generalist, die is ingeschreven in het Register NVO Orthopedagoog-generalist van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO).
Preferente geneesmiddelen:	De door FBTO, binnen een groep identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen, aangewezen voorkeursmiddelen.
Psychiater/zenuwarts:	Een arts die als psychiater/zenuwarts is ingeschreven in de door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ingestelde Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Daar waar psychiater staat kan ook zenuwarts gelezen worden.
Psychotherapeut:	Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
Reglement Hulpmiddelen:	Het Achmea Reglement Hulpmiddelen.
Revalidatie:	Onderzoek, advisering en behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk 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 krachtens wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

Specialistische GGZ:	Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig.
Tandarts:	Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de wet BIG.
Tandprotheticus:	Een tandprotheticus, die is opgeleid conform het zogenoemde Besluit "opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus".
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, anders dan de lidstaten van de Europese Unie, een staat die partij is bij het Verdrag over de Europese Economische ruimte, of Zwitserland.
Verloskundige:	Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
Verzekerde:	Ieder die als zodanig op de zorgpolis, het polisaanhangsel of op het bewijs van inschrijving is vermeld.
Verzekeringnemer:	Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.
Wet BIG:	
Wij/ons/FBTO:	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. FBTO Zorgverzekeringen N.V., in dezen handelend onder de handelsnaam FBTO.
Zelfstandig behandelcentrum:	Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
Ziekenhuis:	Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.
Zorgovereenkomst:	De overeenkomst zoals die tussen ons en de zorgverlener is gesloten en die in ieder geval afspraken bevat over de hoogte van de prijs, kwaliteit en doelmatigheid van de te verlenen zorg, de wijze van declaratie en de voorwaarden waaronder de zorg wordt verleend.
Zorgverzekeraar:	De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt.



Artikel 2 – Grondslag van de verzekering

- lid 1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde digitale aanvraagformulier. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zorgverzekeringswet. Deze zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, aan de verzekeringnemer als dit een andere persoon is dan de verzekerde.
- lid 2 Naast de digitale zorgpolis verstrekt de verzekeraar als bewijs van de verzekeringsovereenkomst een inschrijvingsbewijs, de zogenoemde zorgpas. Op vertoon hiervan kan de verzekerde zich identificeren en aanspraak maken op vergoeding van kosten van zorg bij (door ons gecontracteerde) zorgaanbieder(s), waarop op basis van deze polis aanspraak bestaat.
- lid 3 De kosten van zorg op basis van deze zorgpolis kunnen behoudens eigen bijdragen door de verzekerde bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd. Als er een overeenkomst is tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder vindt rechtstreekse declaratie bij de zorgverzekeraar plaats.
- lid 4 De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- lid 5 De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- lid 6 Op de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in deze zorgpolis omschreven kan conform artikel 2.2. Besluit zorgverzekering een bedrag in mindering worden gebracht indien de zorgverlener een hoger bedrag in rekening brengt dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Artikel 3 – Werkgebied

- lid 1 Deze zorgpolis op restitutiebasis omvat de aanspraak op vergoeding van kosten in geheel Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.

Uitzonderingsbepaling:

In afwijking van de overige bepalingen in deze zorgpolis, kunnen bepaalde bij reglement aangeduide hulpmiddelen alleen in bruikleen worden verstrekt.

Artikel 4 – Begin van de zorgverzekering

- lid 1 De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.
- lid 2 Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.
- lid 3 Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 925, lid 1, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
- lid 4 Indien de zorgverzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, lid 4, boek 7 Burgerlijk Wetboek (BW) is geëindigd door opzegging, werkt de zorgverzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.
- lid 5 Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in de administratie op te nemen. Uw zorgverlener dan wel andere dienstverleners van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet zijn wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met alle partijen die u zorg als hiervoor aangegeven leveren uw BSN gebruiken.

Artikel 5 – Duur van de zorgverzekering

- lid 1 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk de laatste dag van iedere maand met ingang van de eerste dag van de daarop volgende maand opzeggen. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats.
- lid 2 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd.
- lid 3 Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer met toepassing van artikel 940, lid 4, boek 7 BW de zorgverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering

opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval heeft de verzekeringnemer hiervoor 30 dagen nadat de wijziging hem is medegedeeld.

- 2
- lid 4 De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude zorgverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving heeft geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van dezelfde kalendermaand.
- lid 5 De opzegging bedoeld in het tweede lid gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
- lid 6 In afwijking van het vijfde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering wordt verzekerd, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.

Artikel 6 – Beëindiging van rechtswege

- lid 1 De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
- de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
 - de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen;
 - de verzekerde overlijdt. De zorgverzekeraar dient binnen dertig dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld;
 - de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt doordat de verzekerde niet meer is verzekerd op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt.
- lid 2 De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.
- lid 3 De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a of b eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- lid 4 De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en

- omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel c of d, dan wel het tweede lid tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.
- lid 5 Indien de zorgverzekeraar op grond van het in het vierde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.
- lid 6 Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar niet het recht heeft de verzekering met terugwerkende kracht te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in artikel 7 lid 5 van deze overeenkomst.
- lid 7 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering niet beëindigen als er sprake is van een premieachterstand. De zorgverzekeraar kan er wel binnen twee weken na het ontstaan van de premieachterstand mee instemmen dat de verzekerde de verzekering beëindigd. Indien de zorgverzekeraar de dekking van de verzekering schorst als gevolg van een premieachterstand, heeft de verzekeringnemer het recht de zorgverzekering te beëindigen.

Artikel 7 – Premie

- lid 1 Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- lid 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.
- lid 3 De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico (zie premiebijlage) of een eventuele collectiviteitskorting. Zowel de korting wegens het gekozen eigen risico als de collectiviteitskorting worden direct op de premiegrondslag in mindering gebracht.
- lid 4 Premiebetaling:
- a. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.
Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her) berekenen c.q. te restitueren.
Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van zorgverzekeraar te vorderen aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg.
 - b. In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
 - c. Indien de verzekeringnemer FBTO heeft gemachtigd de premie middels automatische incasso te incasseren, machtigt de verzekeringnemer FBTO tevens om door FBTO voorgeschoten bedragen automatisch van zijn/haar rekening af te schrijven. Bij betaalwijzen

anders dan automatische incasso kan de verzekeraar administratiekosten in rekening brengen.

2
lid 5 Schorsing:

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan de zorgverzekeraar na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.

Indien de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.

De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop alle verschuldigde bedragen en kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen.

lid 6 In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat, bij een premie achterstand van zes maanden, het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) een 'bestuursrechtelijke premie' gaat inhouden op het loon of de uitkering van de wanbetaler. Deze premie is hoger dan de oorspronkelijke premie. Op www.wanbetalerszorgpremie.nl staat meer informatie hierover.

Artikel 8 – Herziening van premie

lid 1 Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.

lid 2 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering met toepassing van artikel 940, lid 4, boek 7 BW opzeggen binnen een maand nadat hij hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie hebben meegedeeld. De opzegging gaat in met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat.

Artikel 9 – Verplicht eigen risico

lid 1 Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 165,- per kalenderjaar. Dit verplicht eigen risico gaat in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:

- De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;

- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent;

Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:

- a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
- De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.
 - De kosten van mondzorg, voor verzekerden jonger dan tweeëntwintig jaar, zoals omschreven in lid 4 van artikel 31 Mondzorg, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese.
 - De kosten voor bruikleen van hulpmiddelen.

Eigen betalingen die voor rekening van de verzekerde blijven tellen niet mee voor het volmaken van het verplicht dan wel het vrijwillig eigen risico.

- lid 2 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het verplicht eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- lid 3 Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- lid 4 Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, zoals bedoeld in dit artikel, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.
- lid 5 Indien rechtstreeks gevorderde kosten door een zorgverlener volledig door de verzekeraar worden betaald, wordt (conform artikel 7 lid 4c) het eventueel van toepassing zijnde eigen risico teruggevorderd. Maandelijks wordt beoordeeld of er dergelijke kosten zijn gemaakt. Als dit het geval is, worden die (gedeeltelijke) kosten middels automatische incasso van het bij ons bekende rekeningnummer teruggevorderd. Bij een andere betaalwijze dan automatische incasso en bij niet tijdige betaling kan de verzekeraar administratiekosten in rekening brengen.

lid 6 Vrijstelling verplicht eigen risico:

Voor een aantal medisch specialistische ziekenhuisbehandelingen (medisch specialistische zorg) geldt dat de verzekerde recht heeft op vrijstelling van het verplicht eigen risico.

Dit geldt voor de volgende medisch specialistische behandelingen:

- Staaroperatie;
- Liesbreukoperatie;
- Operatieve behandeling van artrose van de heup
- Operatieve behandeling van artrose van de knie
- Galblaasoperatie;
- Operatieve behandeling van incontinentie bij de vrouw;
- Operatieve behandeling van meniscus- of voorste kruisbandletsel;
- Behandeling van borstkanker (met uitzondering van nacontroles);
- Operatieve behandeling van rug- of nek hernia

Om in aanmerking te komen voor vrijstelling van het verplicht eigen risico, dient de verzekerde op het moment van verwijzing contact op te nemen met de afdeling Zorgbemiddeling voor een vrijblijvend zorgadvies. De afspraak voor een eerste consult bij een medisch specialist moet de verzekerde door de afdeling Zorgbemiddeling laten maken. Vrijstelling aanvragen is mogelijk via fbto.nl. Vrijstelling vindt alleen plaats als de behandeling daadwerkelijk wordt ondergaan. Er is geen recht op vrijstelling als de behandeling wordt uitgevoerd door een zorgverlener in het buitenland.

Artikel 10 – Vrijwillig gekozen eigen risico

lid 1 Het vrijwillig gekozen eigen risico is € 0,- tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.

lid 2 Een verzekerde van achttien jaar of ouder kan voor de verzekering een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar overeenkomen.

lid 3 Indien een vrijwillig gekozen eigen risico wordt overeengekomen, geldt de korting op de premiegrondslag zoals vermeld op de premiebijlage.

lid 4 Op het vrijwillig gekozen eigen risico zijn niet van toepassing:

- De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent.

- Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
- De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.
- De kosten van mondzorg, voor verzekerden jonger dan tweeëntwintig jaar, zoals omschreven in lid 4 van artikel 31 Mondzorg, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese.
- De kosten voor bruikleen van hulpmiddelen.

Eigen betalingen die voor rekening van de verzekerde blijven tellen niet mee voor het volmaken van het verplicht dan wel het vrijwillig eigen risico.

- lid 5 Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 9, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.
- lid 6 Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het vrijwillig gekozen eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering liep en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.
- lid 7 Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende vrijwillig gekozen eigen risicobedrag wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het vrijwillig gekozen eigen risicobedrag op de volgende wijze berekend:
- a. ieder bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 - b. de op grond van onder a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld, en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
 - c. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond op hele euro's.

- 2
- lid 8 Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.
- lid 9 Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, wordt zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risicobedrag verrekend, dan wel teruggevorderd. Bij niet tijdige betaling kan de verzekeraar administratiekosten in rekening brengen.

Artikel 11 – Buitenland

Als door de verzekerde zorg wordt ingeroepen bij een zorgverlener of instelling in een ander land dan het woonland dan kan de vergoeding voor die zorg onduidelijk zijn. Om zekerheid te hebben over de vergoeding van geplande zorg in het buitenland moet de verzekerde vooraf of voor de behandeling contact opnemen met de verzekeraar.

In dit artikel wordt onderscheid gemaakt tussen verzekerden die:

- wonen:
- in Nederland (lid 1);
 - in een EU/EER land of verdragsland (lid 2);
 - in een land dat geen EU/EER land of verdragsland is (lid 3);

- tijdelijk verblijven:
- in een EU/EER land of verdragsland (lid 4);
 - in een land dat geen EU/EER land of verdragsland is (lid 5).

- lid 1 De verzekerde die in Nederland woont, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg door zorgaanbieders of instellingen buiten Nederland zoals genoemd in de Productvoorwaarden van de FBTO Zorgverzekering.
- lid 2 De verzekerde die in een ander EU/EER-land dan Nederland of een verdragsland Nederland woont, heeft naar keuze aanspraak op:
- a. medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - b. vergoeding van kosten van zorg door een zorginstelling of zorgverlener conform de in de Productvoorwaarden van de FBTO Zorgverzekering opgenomen bepalingen die van toepassing zijn indien de zorg door een zorgverlener of instelling binnen Nederland zou zijn verleend.
- lid 3 De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een zorginstelling of zorgverlener conform de in de Productvoorwaarden van de FBTO Zorgverzekering opgenomen bepalingen die van toepassing zijn indien de zorg door een zorgverlener of instelling binnen Nederland zou zijn verleend.
- lid 4 De verzekerde die in Nederland, een ander EU/EER-land of verdragsland woont, en tijdelijk verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan het woonland, heeft aanspraak op:

- a. medisch noodzakelijke zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - b. de vergoeding van kosten voor zorg zoals genoemd in de Productvoorwaarden van de FBTO Zorgverzekering door zorgaanbieders of instellingen buiten Nederland.
- lid 5 De verzekerde die woont in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland, en tijdelijk verblijft in een ander land dat geen EU/EER-land of verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een zorginstelling of zorgverlener conform de in de Productvoorwaarden van de FBTO Zorgverzekering opgenomen bepalingen die van toepassing zijn indien de zorg door een zorgverlener of instelling binnen Nederland zou zijn verleend.
- lid 6 Voor zorg aan de verzekerde die niet in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland woont en tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, is lid 3 van toepassing.
Buitenlandse nota's:
- In Hoe Te Handelen (Blz. 5) staat uitgelegd hoe buitenlandse nota's ingestuurd kunnen worden en wat op de nota vermeld moet worden zodat de nota('s) door de verzekeraar in behandeling genomen kan (kunnen) worden.

Artikel 12 – Verplichtingen van de verzekerde

- lid 1 De verzekeringnemer of verzekerde is verplicht:
- a. bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van één van de volgende geldige documenten: een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of een vreemdelingendocument;
 - b. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur, indien deze daarom vraagt;
 - c. aan de zorgverzekeraar, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van de privacyregelgeving.
 - d. de zorgverzekeraar behulpzaam te zijn bij het verhalen van kosten op een eventueel aansprakelijke derde;
 - e. aan de zorgverzekeraar, binnen 30 dagen nadat de verzekerde gedetineerd is, de ingangsdatum en de duur van de detentie te melden;
 - f. aan de zorgverzekeraar, binnen 30 dagen nadat de verzekerde in vrijheid is gesteld, de datum van invrijheidstelling te melden.
- De verplichtingen onder e. en f. worden opgelegd in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie.
- lid 2 In voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de verzekeraar in te dienen.

Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is. In het geval nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar worden ingediend, behoudt FBTO het recht voor om een lagere vergoeding toe te kennen, dan waar de verzekerde volgens de vergoeding recht op had. Op basis van artikel 942, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek worden nota's die later dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg, bij de verzekeraar worden ingediend, niet in behandeling genomen.

Wanneer de verzekerde zelf nota's van een zorgverlener ontvangt, dient de verzekerde de originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan de verzekeraar toe te sturen. De behandelend zorgverlener moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Als de zorgverlener een rechtspersoon is, moet op de nota vermeld staan welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd. De vergoeding waar de verzekerde recht op heeft, betaalt de verzekeraar altijd aan de verzekeringnemer uit op het rekeningnummer wat bij FBTO bekend is.

- lid 3 Indien de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft de verzekerde geen aanspraak op zorg dan wel behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden.

Artikel 13 – Onwaarachtige weergave van feiten

- lid 1 Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:
- Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan;
 - De zorgverzekeraar vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken bij verzekeringnemer terug;
 - De zorgverzekeraar heeft het recht per datum dat een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd de verzekeringsovereenkomst te beëindigen.

Artikel 14 – Onrechtmatige inschrijving

- lid 1 Indien ten behoeve van een verzekerde een verzekeringsovereenkomst tot stand komt op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat deze geen verzekeringsplicht had, ver-

valt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop niet (langer) verzekeringsplicht bestaat.

- lid 2 De zorgverzekeraar zal de premie die de verzekerde vanaf de dag dat de verzekeringsplicht niet (langer) bestond, verrekenen met de door de verzekerde sindsdien voor zijn rekening genoten zorg en het saldo aan de verzekerde uitbetalen dan wel bij de verzekerde in rekening brengen. Hierbij uitgaande van een 30daagse maand.

Artikel 15 – Kennisgeving relevante gebeurtenissen

- lid 1 De verzekeringnemer is verplicht binnen dertig dagen aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- lid 2 Bereiken van de achttienjarige leeftijd door een minderjarige verzekerde:
De zorgverzekeraar benadert de minderjarige verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste vier weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig gekozen eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan de zorgverzekeraar kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn wordt een premie berekend, overeenkomend met een polis zonder vrijwillig gekozen eigen risico.

Artikel 16 – Overige voorwaarden

- lid 1 Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de polis omschreven.
In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en de verzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.
- lid 2 Opname in een andere dan de verzekerde klasse:
Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.
- lid 3 Begin en einde van de aanspraak op zorg:
Indien de verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis recht heeft op zorg, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

Artikel 17 – Geschillen

- 2
- lid 1 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- lid 2 Klachten en geschillen over de informatie van FBTO en over het sluiten en de uitvoering van deze overeenkomst kan in eerste instantie voorgelegd worden aan het management van die betreffende afdeling. Indien een verzekeringnemer of een verzekerde al een klacht heeft ingediend, maar het niet eens is met de afhandeling, dan kan het geschil voorgelegd worden aan de Directie FBTO/klachtenmanagement FBTO, Postbus 50, 8900 AB LEEUWARDEN.
- lid 3 Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen drie weken door de zorgverzekeraar wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter.
- lid 4 In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist (skgz.nl). Deze stichting kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de stichting toepasselijke reglement.
- lid 5 Consumenten, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars kunnen klachten indienen bij de NZa over door FBTO zorg gehanteerde formulieren. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Uitspraak van de NZa strekt de zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar en consument tot bindend advies.
- lid 6 Registratie van persoonsgegevens:
De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door de verzekeraar gevoerde persoonsregistratie. Deze gegevens worden binnen Achmea gebruikt voor het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, om de verzekerde te kunnen informeren over relevante producten en/of diensten, voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector, voor statistische analyse, relatiebeheer en om te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op het gebruik van persoonsgegevens is voor zorgverzekeraars de Gedragscode “Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars” van toepassing. Daarnaast is de Gedragscode “Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen” van kracht.
- Indien geen prijs wordt gesteld op informatie over producten en/of diensten, of toestemming ingetrokken wordt voor het gebruik van de persoonsgegevens binnen Achmea, kan dit schriftelijk worden gemeld. Stuur dan uw melding aan FBTO, afdeling Relatiebeheer, Postbus 318, 8901 BC Leeuwarden.
 - In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kan Achmea persoonsgegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) te Zeist. In dit kader kunnen

deelnemers van de Stichting CIS ook onderling gegevens uitwisselen. Doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Meer informatie staat op www.stichtingcis.nl.

Voor het uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst kunnen wij uw gegevens beschikbaar stellen aan derde partijen, zoals bijvoorbeeld VECOZO, Lifeline en Clearing House Apothekers (CHA). Wanneer wij gebruik maken van derde partijen is de vigerende privacywetgeving van toepassing.



H3 PRODUCTVOORWAARDEN ZORGVERZEKERING

Artikel 18 – Zorgbemiddeling en dekking

lid 1 Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd, heeft de verzekerde aanspraak op zorgbemiddeling. Daarnaast heeft de verzekerde desgevraagd recht op zorgbemiddeling voor restitutieaanspraken die op basis van deze polis worden vergoed.

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- a. het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- b. indien en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt eveneens verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde kan worden verleend door een zorgaanbieder, of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

In het geval er sprake is van acute zorg die geen uitstel gedooft, wordt de toestemming tot het inroepen van niet gecontracteerde zorg geacht te zijn verkregen en heeft verzekerde recht op volledige vergoeding van kosten, met inachtneming van het hiervoor gestelde. De verzekerde dient in dat geval de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk van deze situatie op de hoogte te stellen.

lid 2 Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens de zorgverzekering gehouden is, wordt verzekerde geacht aan zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het voor verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

lid 3 Als u zorg nodig heeft die is omschreven onder de artikelen:

- 19. Zorg door een huisarts
- 20. Medisch-specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)
- 32. Farmaceutische zorg
- 33. Hulpmiddelenzorg
- 34. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer
- 37. Eerstelijns psychologische zorg, niet-specialistische GGZ
- 38 Specialistische GGZ

hebt u de keuze uit elke persoon of instelling in Nederland, met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. Wij verstrekken informatie over de personen en instellingen met wie/waarmee zo'n overeenkomst bestaat.

Als u voor de bovengenoemde artikelen zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd, heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Per aanspraak c.q. vergoeding beschrijven wij, wanneer van toepassing, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent. Als er geen lagere vergoeding geldt of eigen bijdrage verschuldigd is heeft u aanspraak op vergoeding van kosten tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- wanneer en voorzover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.



H4 GENEESKUNDIGE ZORG

Artikel 19 – Zorg door een huisarts

- lid 1 De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.
- lid 2 De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg door een huisarts omvat tevens daarmee samenhangend onderzoek waaronder röntgen- en laboratoriumonderzoek.

Artikel 20 – Medisch-specialistische zorg (excl. Geestelijke gezondheidszorg)

- lid 1 Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts (of bedrijfsarts, arts voor de jeugdgezondheidszorg of medisch-specialist). Dit geldt niet voor acute zorg. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden.
- De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 31.
- lid 2 Ziekenhuisopname:
Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrische ziekenhuis. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.
- De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.
- lid 3 Niet-klinische medisch-specialistische zorg:
Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling

in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een zelfstandig behandelcentrum.

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders.

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

U hebt geen aanspraak op vergoeding van kosten van verpleging, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve zorg.

lid 4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard:

Op behandeling van plastisch chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op de vergoeding van kosten indien die strekt ter correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit (inclusief epilatie van de schaamstreek en baard);
- f. de buikwand (abdominoplastiek) onder voorwaarde dat er sprake is van een verminking of een ernstige functiebeperking.

Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming die direct in het oog springt. Met het begrip verminking wordt bedoeld op verworven aandoeningen zoals misvormingen door brandwonden, misvormingen aan de handen door rheumatoïde artritis, misvormingen door verlammingen van de aangezichtszenew, amputatie van ledematen of geamputeerde mammae. Er is sprake van een verminking bij een

abdominoplastiek indien er een misvorming is die vergelijkbaar is met bovenstaande voorbeelden. Een overhang van de buik valt niet onder deze definitie.

Van functiebeperking is sprake in geval van:

1. Onbehandelbaar smetten. Dit is een door de dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in huidplooien dat altijd daar ter plekke aanwezig is en waarbij een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. De reden van het conservatief falen is duidelijk te objectiveren. Als onvoldoende hygiënische maatregelen de oorzaak van het smetten zijn, is vergoeding niet mogelijk.
2. Een ernstige bewegingsbeperking. De bewegingsbeperking wordt in deze als ernstig gezien indien die ontstaat doordat in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengteas van de bovenbenen bedekt.
3. Verder geldt dat om voor vergoeding in aanmerking te komen de Body Mass Index gedurende ten minste twaalf maanden voor behandeling kleiner dan of gelijk aan dertig moet zijn.

lid 5 Telemonitoring:

Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van het gebruik van apparatuur voor telemonitoring en de daarbij behorende begeleiding voor verzekerden met chronisch hartfalen. De apparatuur moet geleverd worden door Philips en de begeleiding moet verzorgd worden onder supervisie van de behandelend cardioloog.

lid 6 IVF (In Vitro Fertilisatie) en andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen:

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

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

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

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

- b. Een ICSI behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) wordt gelijkgesteld aan een IVF-poging.
- c. Bij de vrouwelijke verzekerde wordt IVF tot en met 40 jaar vergoed. Na de 40 jarige leeftijd komt IVF voor vergoeding in aanmerking, mits de doelmatigheid van de behandeling in de individuele situatie is beoordeeld en is vastgesteld.

- d. Bij een fysiologische (spontane) zwangerschap wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van tenminste 12 weken gemeten vanaf de eerste dag na de laatste menstruatie.
Bij een zwangerschap na een IVF-behandeling wordt onder een doorgaande zwangerschap verstaan: een zwangerschap van tenminste tien weken te rekenen vanaf de follikelpunctie of, indien de IVF heeft plaatsgevonden doormiddel van het terugplaatsen van ingevroren embryo's, een zwangerschap van tenminste negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.
- e. Het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) is van toepassing. De verzekeraar vergoedt de kosten maximaal tot de door de overheid vastgestelde bedragen.
- f. De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van overige vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen. De verzekerde heeft alleen aanspraak op vergoeding van de toegepaste geneesmiddelen, als u de geneesmiddelen krijgt voorgeschreven voor een andere vruchtbaarheidsbevorderende behandeling dan de vierde en volgende IVF-behandeling.
- g. Voor de onder a, b en f bedoelde behandelingen bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding van kosten indien door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij de zorgverzekeraar is gevraagd.

lid 7 Uitgesloten behandelingen

In aanvulling op het bepaalde in artikel 20 lid 4 bestaat geen aanspraak op de vergoeding van kosten voor:

- behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- liposuctie van de buik;
- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw);
- behandelingen gericht op de circumcisie van de verzekerde (mannelijke besnijdenis).

Artikel 21 – Verloskundige zorg en kraamzorg

De vrouwelijke verzekerde en haar kind hebben aanspraak op de vergoeding van kosten voor verloskundige zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden en kraamzorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden. De verloskundige zorg kan worden verleend door een verloskundige of een

huisarts al dan niet in combinatie met zorg vanuit een kraamhotel. Onder kraamzorg wordt in dit kader verstaan: de zorg verleend door een aan het ziekenhuis, kraamcentrum, of kraamhotel verbonden danwel zelfstandig werkend of aan een kraamcentrum verbonden kraamverzorgende, die zowel moeder en kind en - voor zover van toepassing - de huishouding verzorgt. Hierbij kunnen de volgende situaties worden onderscheiden:

lid 1 Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis met medische noodzaak:

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis naar het oordeel van de verloskundige, huisarts of medisch specialist medisch noodzakelijk is, bestaat voor de moeder (en haar kind, met ingang van de dag van bevalling) aanspraak op de vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg als bedoeld in artikel 20 al dan niet in combinatie met verblijf, verzorging en verpleging in het ziekenhuis,

lid 2 Bevalling en/of kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak en in een kraamcentrum:

- Indien de bevalling en/of het kraambed in een ziekenhuis zonder medische noodzaak plaatsvinden, bestaat voor de moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op de vergoeding van kosten van:

- Verloskundige hulp en kraamzorg.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 15,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 110,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het ziekenhuis, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het ziekenhuis

- Indien de bevalling en/of het kraambed in een kraamcentrum plaatsvinden, bestaat voor de moeder en, met ingang van de dag van bevalling voor haar kind, aanspraak op de vergoeding van kosten voor:

- Verloskundige zorg en kraamzorg.

De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 15,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 110,50 per dag te boven gaat.

De vaststelling van het aantal opnamedagen geschiedt op basis van opgave door het kraamcentrum, dan wel door het kraambureau, dat betrokken is bij de mogelijk nog te verlenen aanvullende kraamzorg na ontslag uit het kraamcentrum.

lid 3 Kraamzorg in een kraamcentrum of thuis, na bevalling in een ziekenhuis:

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg in een kraamcentrum plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraam-

zorg. De eigen bijdrage voor kraamzorg voor zowel moeder als kind bedraagt € 15,50 per opnamedag. De eigen bijdrage wordt vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het kraamcentrum € 110,50 per dag te boven gaat.

Het kraamcentrum stelt de voor u benodigde uren vast. Dit gebeurt op basis van het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg. In dit protocol wordt gekeken naar uw woon- en sociale omstandigheden, uw gezinssituatie en medische aspecten. Het kraamcentrum kijkt naar wat moeder en kind daadwerkelijk aan kraamzorg nodig hebben. De uren worden verdeeld over acht dagen aansluitend op de bevalling. Indien medisch noodzakelijk kan deze periode verlengd worden met nog eens twee dagen. De 9e en de 10e dag hoeven niet te worden aangevraagd. Dit is op indicatie van de verloskundige.

Het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg is te raadplegen via fbto.nl en wordt u desgevraagd toegezonden.

Indien na de bevalling in een ziekenhuis kraamzorg thuis plaatsvindt, bestaat voor moeder en haar kind aanspraak op de vergoeding van kosten van kraamzorg zoals omschreven in lid 5 sub c, met dien verstande dat indien de kraamzorg reeds gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, het aantal dagen in het ziekenhuis doorgebracht in mindering wordt gebracht op de in lid 5 sub c genoemde termijn van ten hoogste tien dagen.

lid 4 Bevalling en kraambed thuis:

Indien de bevalling en het kraambed thuis plaatsvinden bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor:

- a. verloskundige zorg (inclusief voor- en nazorg);
- b. de inschrijving, intake en de partusassistentie tot maximaal drie uur na de bevalling;
- c. kraamzorg, verleend onder verantwoordelijkheid van een kraamcentrum of door een zelfstandig werkend kraamverzorgende gedurende ten hoogste 10 dagen te rekenen vanaf de dag van bevalling. Het daadwerkelijke aantal uren kraamzorg is afhankelijk van de behoefte van moeder en kind en wordt vastgesteld en toegekend door het kraambureau in overleg met de verzekeraar.

Op de vergoeding onder c blijft een bedrag van € 3,90 per uur zorg voor rekening van de verzekerde.

lid 5 Prenatale screening:

Op grond van de regeling rond de prenatale screening hebben:

- a. alle zwangere vrouwen aanspraak op counseling. In deze counseling krijgen zij informatie over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, om zo weloverwogen een besluit te nemen of zij al of niet deze screening willen ondergaan. Het gaat hier met name om het Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) en om de combinatietest;
- b. alle zwangere vrouwen aanspraak op Structureel Echoscopisch Onderzoek in het tweede

- trimester van de zwangerschap;
- c. alle vrouwen van 36 jaar en ouder aanspraak op de combinatietest (nekplooiemeting en serumonderzoek);
 - d. alle vrouwen onder de 36 jaar met een medische indicatie aanspraak op de combinatietest.

SEO en de combinatietest mogen alleen uitgevoerd worden door een zorgaanbieder met een vergunning krachtens de WBO (Wet op het Bevolkingsonderzoek) of een samenwerkingsafpraak met een Regionaal Centrum dat over een vergunning beschikt, tenzij er sprake is van een medische indicatie.



H5 OVERIGE MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG (EXCL. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG)

Artikel 22 – Revalidatie

Onder revalidatie wordt verstaan het onderzoek, de advisering en de behandeling van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk 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 krachtens wet gestelde regels toegelaten instelling voor revalidatie.

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van revalidatie, doch uitsluitend indien en voor zover:
- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag; en,
 - de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.
- lid 2 Revalidatie kan plaatsvinden:
- in een klinische situatie revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname. Aanspraak bestaat op de vergoeding van de kosten voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen tellen ook mee de overige opnames in (psychiatrische) ziekenhuizen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd. Een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen;
 - in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).
- lid 3 Voor de onder lid 1 en lid 2 bedoelde revalidatie bestaat uitsluitend aanspraak op vergoeding van kosten indien door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming bij de zorgverzekeraar is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer de zorgverzekeraar als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring heeft verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient deugdelijk gemotiveerd te zijn, en ten minste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

Artikel 23 – Orgaantransplantaties

lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van transplantatie in een ziekenhuis of een Zelfstandig Behandelcentrum (welke WMBV vergunning plichtig is) van weefsels en organen indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

Voorts vallen onder de aanspraak de vergoeding van kosten van het onderzoek, de pre-servering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

lid 2 De donor heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg conform deze polis, gedurende ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of ter verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, uitsluitend indien en voor zover de verleende zorg verband houdt met die opneming.

Voorts kan de donor aanspraak maken op de vergoeding van kosten voor vervoer dan wel de vergoeding van de kosten van het vervoer binnen Nederland in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer, dan wel – indien en voor zover medisch noodzakelijk – per auto, in verband met de selectie, opneming en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige volzin.

Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland, alsmede de overige kosten gemoeid met de transplantatie, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeerde inkomsten.

Aanspraak op de vergoeding van kosten als gevolg van dit artikel bestaat uitsluitend na toestemming vooraf door de zorgverzekeraar. De kosten van transplantaties van andere organen vallen niet onder de dekking.

Artikel 24 – Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse

lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg verleend in een dialysecentrum of ten huize van de verzekerde al dan niet gepaard gaande met onderzoek, behandeling, verpleging en de voor de behandeling benodigde farmaceutische zorg en psychosociale begeleiding van verzekerde alsmede van personen die bij het

uitvoeren van de dialyse, elders dan in een dialysecentrum, behulpzaam zijn.

- lid 2 Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten van niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse ten huize van de verzekerde behoort tevens:
- de kosten verband houdende met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de thuisdialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;
 - de kosten van het in bruikleen geven van dialyseapparatuur met toebehoren, de kosten van de regelmatige controle en het onderhoud hiervan (vervanging inbegrepen), alsmede van de chemicaliën en vloeistoffen, benodigd voor het verrichten van de dialyse;
 - de kosten voor de te verrichten aanpassingen in en aan de woning en voor het herstel in de oorspronkelijke staat, voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
 - de overige kosten die rechtstreeks met de thuisdialyse samenhangen voor zover de zorgverzekeraar die kosten redelijk acht en andere wettelijke regelingen daarin niet voorzien;
 - de kosten van de noodzakelijke deskundige assistentie door het dialysecentrum bij de dialyse.

Artikel 25 – Mechanische beademing

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor de verzekerde op noodzakelijke mechanische beademing alsmede de hiermee verband houdende medisch-specialistische zorg in een beademingscentrum. In het geval de beademing plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum ten huize van de verzekerde bestaat de vergoeding van kosten voor de zorg uit:

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

Artikel 26 – Oncologische aandoeningen bij kinderen

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden lichaamsmateriaal, door de Stichting Kinderoncologie Nederland (Skion).

Artikel 27 – Trombosedienst

- lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts. De zorg omvat:

- a. het regelmatig afnemen van bloedmonsters van de verzekerde;
- b. verrichten dan wel onder verantwoordelijkheid van de trombosediensdienst doen verrichten van de noodzakelijke laboratoriumonderzoeken ter bepaling van de stollingstijd van het bloed van verzekerde;
- c. het aan verzekerde ter beschikking stellen van apparatuur en toebehoren waarmee hij de stollingstijd van zijn bloed kan meten;
- d. het opleiden van de verzekerde, bedoeld in onderdeel c, in het gebruik van de in dat lid aangegeven apparatuur, alsmede het begeleiden van de verzekerde bij zijn metingen;
- e. het geven van adviezen aan de verzekerde omtrent de toepassing van geneesmiddelen ter beïnvloeding van de bloedstolling.

Artikel 28 – Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

5 lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van centrale (referentie-) diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, door een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door een arts of medisch-specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden.

Artikel 29 – Audiologische zorg

lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van zorg verleend door een audiologisch centrum, bestaande uit:

- a. onderzoek naar de gehoorfunctie,
- b. advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur,
- c. voorlichting over het gebruik van de apparatuur,
- d. psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie,
- e. hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen, door een audiologisch centrum, een en ander op voorschrift van een huisarts, bedrijfsarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Artikel 30 – Paramedische zorg

lid 1 Paramedische zorg:

De aanspraak op de vergoeding van kosten van paramedische zorg omvat fysiotherapie,

oefentherapie, ergotherapie, logopedie en dieetadviesing. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten en diëtisten plagen te bieden.

Voor paramedische zorg is een voorschrift nodig.

lid 2 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van achttien jaar en ouder:

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden van achttien jaar en ouder omvat in geval er sprake is van een in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering genoemde aandoening en voor zover de daarbij genoemde behandelduur niet is overschreden - vanaf de tiende behandeling – de vergoeding van kosten van de noodzakelijke behandelingen per indicatie door een fysiotherapeut, manueel therapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, bekkentherapeut dan wel oedeemtherapeut. Hiervoor is toestemming vereist van de zorgverzekeraar. Toestemming kan uitsluitend worden verkregen indien er sprake is van verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. De lijst met aandoeningen genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van deze polis. Deze lijst zenden wij u desgevraagd toe en is te raadplegen op fbto.nl. Op de eerder genoemde vergoeding van de kosten kan conform artikel 2.2. Besluit zorgverzekering een bedrag in mindering worden gebracht indien de zorgverlener een hoger bedrag in rekening brengt dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

lid 3 Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan achttien jaar:

Fysiotherapie en oefentherapie aan verzekerden jonger dan achttien jaar omvat tevens de vergoeding van kosten van maximaal negen behandelingen door een fysiotherapeut, manueel therapeut, bekkentherapeut, oefentherapeut Mensendieck/Cesar, dan wel oedeemtherapeut per indicatie per kalenderjaar. Op verwijzing van een huisarts of medisch specialist bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van maximaal negen extra behandelingen per indicatie per kalenderjaar, indien er sprake is van een ontoereikend resultaat. Op de eerder genoemde vergoeding van de kosten kan conform artikel 2.2. Besluit zorgverzekering een bedrag in mindering worden gebracht indien de zorgverlener een hoger bedrag in rekening brengt dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voor een actueel overzicht van de door FBTO gehanteerde vergoedingen van de basisprestaties fysiotherapie en oefentherapie verwijzen wij u naar fbto.nl.

lid 4 Ergotherapie:

Ergotherapie omvat adviesing, instructie, training, of behandeling gedurende maximaal tien behandeluren per kalenderjaar, op voorschrift van een arts, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen. Op de eerder genoemde vergoeding van de kosten kan conform artikel 2.2. Besluit zorgverzekering een bedrag in mindering worden gebracht indien de zorgverlener een hoger bedrag in rekening brengt

dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voor een actueel overzicht van de door FBTO gehanteerde vergoedingen van de basisprestaties ergotherapie verwijzen wij u naar fbto.nl.

lid 5 Logopedie:

Logopedie omvat behandeling, op voorschrift van de (tand-)arts of orthopedagoog door een logopedist, voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met dialect en anderstaligheid. Op de eerder genoemde vergoeding van de kosten kan conform artikel 2.2. Besluit zorgverzekering een bedrag in mindering worden gebracht indien de zorgverlener een hoger bedrag in rekening brengt dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voor een actueel overzicht van de door FBTO gehanteerde vergoedingen van de basisprestaties logopedie verwijzen wij u naar fbto.nl.

lid 6 Dieetadvisering:

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist(e) met een medisch doel, op verwijzing van een arts of tandarts, gedurende maximaal vier behandeluren per kalenderjaar. Op de eerder genoemde vergoeding van de kosten kan conform artikel 2.2. Besluit zorgverzekering een bedrag in mindering worden gebracht indien de zorgverlener een hoger bedrag in rekening brengt dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Voor een actueel overzicht van de door FBTO gehanteerde vergoedingen van de basisprestaties dieetadvisering verwijzen wij u naar fbto.nl.

Artikel 31 – Mondzorg

lid 1 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg, tot maximaal het vigerende Wtg-tarief, zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is. De mondzorg kan worden verleend door een tandarts, kaakchirurg, orthodontist, tandprotheticus en mondhygiënist:

- a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
- b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of

- c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
- lid 2 Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is slechts onderdeel van de zorg in het eerste lid onder sub a is opgenomen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese.
- lid 3 Orthodontische hulp is slechts onder de zorg bedoeld in het eerste lid begrepen, in geval van een zeer ernstige ontwikkeling- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
- lid 4. Mondzorg omvat de vergoeding van kosten voor verzekerden jonger dan tweeëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen,
 - d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 - m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering van het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
- lid 5 Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van verzekerden van tweeëntwintig jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, van:

- a. chirurgisch tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat.
- b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- en/of onderkaak.
- lid 6 De verzekerde van tweeëntwintig jaar en ouder, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder a, onderscheidenlijk de extreem angstige verzekerde, die zijn aanspraken ingevolge het eerste lid onder b tot gelding brengt, is, indien het preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen betreft, een bijdrage verschuldigd ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht, indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. De eerste volzin is niet van toepassing op een uitneembare volledige prothetische voorziening.
- lid 7 De verzekerde is voor een volledige prothetische voorziening, al dan niet te plaatsen op implantaten, die geleverd wordt in het kader van de zorg zoals bedoeld in het eerste lid, een eigen bijdrage verschuldigd van € 125,- per kaak.
- lid 8 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op vergoeding van kosten van mondzorg ter plaatse waar de verzekerde verblijft (dat wil zeggen elders dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent), is een schriftelijk advies van de huisarts of de specialist vereist.
- lid 9 De verzekerde jonger dan tweeëntwintig jaar heeft buiten de reguliere praktijken slechts aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg indien het verlenen daarvan in redelijkheid niet kan worden uitgesteld tot een andere dag.
- lid 10 Voor het tot gelding brengen van het recht op vergoeding van kosten van hulp, bedoeld in het eerste lid, onder a tot en met c en het vierde lid onder I is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Bij deze aanvraag wordt een schriftelijke motivering van de tandarts en een schriftelijk behandelingsplan gevoegd.
De toestemming kan worden ingetrokken indien de mondzorg niet meer is aangewezen, de verzekerde de aanwijzingen van de zorgaanbieder niet opvolgt of indien de verzekerde de mondhygiëne ernstig verwaarloost.
- lid 11 Voor het tot gelding brengen van de aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg in geval van behandeling door een tandarts-specialist mondziekten en kaakchirurgie is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist, indien de zorg parodontale hulp, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van een tandheelkundig implantaat betreft.
- lid 12 Voor het tot gelding brengen van aanspraak op de vergoeding van kosten van mondzorg als bedoeld in het eerste, het tweede, het derde, het vierde en vijfde lid, in een instelling voor bijzondere tandheelkunde is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

lid 13 Gebitsprothese:

Bij vervaardiging en plaatsing van een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak komen de kosten voor vergoeding in aanmerking van een volledige immediatprothese, dan wel een volledige vervangingsprothese of een volledige overkappingsprothese.

Bij deze behandelingen wordt 75% van de kosten vergoed.

Voor 100% worden de kosten vergoed van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of van een bestaande volledige overkappingsprothese.

Toestemming:

Voorafgaande toestemming van de verzekeraar is vereist, tenzij de totale kosten van de prothetische voorziening vervaardigd en geplaatst door een tandarts, inclusief techniekkosten, ten hoogste € 600,- per onder- c.q. bovenkaak bedragen. Tevens is voorafgaande toestemming vereist indien de prothese (met uitzondering van de immediatprothese) binnen vijf jaar na aanschaf wordt vervangen.

Indien de uitneembare volledige prothetische voorziening wordt vervaardigd en geplaatst door een tandprotheticus, geldt als maximumbedrag, waarbij vooraf geen toestemming behoeft te worden gevraagd, € 450,- per onder- c.q. bovenkaak. Ook hier geldt de voorwaarde dat de volledige vervangingsprothese niet binnen acht jaar na aanschaf wordt vervangen.

Artikel 32 – Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg omvat de aanspraak op de vergoeding van kosten zoals omschreven in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg, van ter handstelling van:

- a. alle bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen indien dit geschiedt door een apotheekhoudende die met Achmea een IDEA-contract heeft gesloten;
- b. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door Achmea en zijn opgenomen in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg, indien dit geschiedt door een apotheekhoudende zonder contract of een apotheekhoudende die met ons een contract met preferentiebeleid heeft afgesloten;
- c. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Geneesmiddelenwet in Nederland ter hand mogen worden gesteld, wanneer het rationele farmacotherapie betreft, dit zijn geneesmiddelen die:
 - door of in opdracht van een apotheker in zijn/haar apotheek op kleine schaal zijn bereid; volgens artikel 40, derde lid, onder c van de Geneesmiddelenwet, die op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet, of
 - volgens artikel 40, derde lid, onder c van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in

een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;

d. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

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

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

Een lijst met gecontracteerde zorgverleners met een IDEA-contract of een contract met preferentiebeleid en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners staat vermeld op fbto.nl of kan worden opgevraagd bij de verzekeraar.

De in dit artikel genoemde aanspraken komen alleen voor vergoeding van kosten in aanmerking als:

- de farmaceutische zorg is voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- de farmaceutische zorg is geleverd door een apotheekhoudende. Dieetpreparaten mogen ook worden geleverd door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- als de behandelend arts in plaats van een preferent geneesmiddel een niet-preferent geneesmiddel medisch noodzakelijk acht. De arts dient dit op het recept aan te geven.
- bij dieetpreparaten en de geneesmiddelen is voldaan aan de voorwaarden die de verzekeraar stelt in bijlage 1 "Nadere voorwaarden voor vergoeding" van het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg.

Artikel 33 – Hulpmiddelen

lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen als genoemd in de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en wettelijke eigen bijdragen). Deze worden ter hand gesteld door een door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerde leverancier. Indien de verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde leverancier wordt de aanschafprijs van het betreffende hulpmiddel vergoed met in achtneming van de in het Achmea Reglement Hulpmiddelen opgenomen maximumbedragen en/of eigen bijdragen. De verzekerde moet er dan rekening mee houden dat een bedrag voor eigen rekening komt.

Voor exacte bedragen verwijzen wij naar het Achmea Reglement Hulpmiddelen op fbto.nl.

In het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar zijn de voorwaarden met betrek-

king tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen.

Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Het is te raadplegen via fbto.nl en wordt desgevraagd toegezonden.

- lid 2 Daar waar de zorgverzekeraar dit heeft aangegeven in zijn Reglement Hulpmiddelen is voor verstrekking, vervanging, correctie of herstel van het betreffende hulpmiddel zijn voorafgaande toestemming vereist. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld.
- lid 3 De kosten van normaal gebruik van het hulpmiddel zijn, tenzij in de Regeling zorgverzekering en/of het Reglement Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Onder de kosten van normaal gebruik worden onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.
- lid 4 De te vergoeden hulpmiddelen dienen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van de zorgverzekeraar.
- lid 5 Aanspraak op de vergoeding van kosten van verbandmiddelen bestaat alleen als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.
- lid 6 Hulpmiddelen en verbandmiddelen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ vallen niet onder de aanspraak op vergoeding van kosten in deze polisvoorwaarden.

Artikel 34 – Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer:

- lid 1 Met betrekking tot het ziekenvervoer worden onderscheiden het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.
- lid 2 Ambulancevervoer:
Aanspraak op de vergoeding van kosten bestaat voor medisch noodzakelijk vervoer per ambulance in Nederland, doch uitsluitend indien en voor zover ander vervoer (per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto) om medische redenen niet verantwoord is, en over een afstand van ten hoogste tweehonderd kilometer, tenzij de zorgverzekeraar toestemming geeft voor vervoer over een grotere afstand. Indien vervoer per ambulance niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander vervoersmiddel.
- lid 3 De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat:
- het vervoer naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen waarvan de kosten – met inachtneming van een eventueel vrijwillig gekozen eigen risico – geheel of gedeeltelijk ten laste van deze verzekering komen.
 - het vervoer naar een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste

van de AWBZ zal gaan verblijven.

- c. het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of een instelling waarin de verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ een onderzoek of een behandeling zal ondergaan, alsmede de kosten van het vervoer vanuit een AWBZ-instelling naar een zorgverlener of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de AWBZ wordt verstrekt.
- d. het vervoer naar de eigen woning van de verzekerde of naar een andere woning, indien de verzekerde in zijn woning redelijkerwijs niet de verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen bedoeld in onderdeel a, b en c.

lid 4 Tot de aanspraak op de vergoeding van kosten behoort niet het vervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ-instelling.

lid 5 Zittend ziekenvervoer

Mits vooraf aangevraagd, bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van vervoer van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in lid 3 van dit artikel, per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, per door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerde taxivervoerder of eigen auto, over een afstand van ten hoogste tweehonderd kilometer, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- a. de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;
- b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
- c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;
- d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.

De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.

Indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van tweehonderd kilometer niet.

Voor zittend ziekenvervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht hebt op de vergoeding van kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak hebt. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn is 0900-2302340 (€ 0,10 p/m - bereikbaar op werkdagen van 8.30 uur tot 18.00 uur).

lid 6 Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hard-

heidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hiertoe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

- lid 7 Indien zittend ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.
- lid 8 Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is dan wel het de begeleiding van een verzekerde, jonger dan zestien jaar betreft. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.
- lid 9 Voor zittend ziekenvervoer komt een bedrag van € 91,- per kalenderjaar niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,25 per kilometer volgens de kortst gebruikelijke route.

Artikel 35 – Uitsluitingen:

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van:

- a. de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en die van bevolkingsonderzoek;
- b. aanstellingskeuringen en andere keuringen (bijvoorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en vaccinaties, tenzij in de ministeriële Regeling anders is bepaald;
- c. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
- d. alternatieve geneeswijzen;
- e. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- f. prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, indien de verzekerde jonger is dan zesendertig jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft;
- g. kraampakket, verbandwatten en steriel hydrofielgaas ter zake van verloskundige zorg;
- h. geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- i. farmaceutische zorg in de in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen;
- j. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
- k. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet;
- l. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- m. declaraties als gevolg van niet nagekomen afspraken;

- n. voor schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
- o. als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringwet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

Artikel 36 – Dyslexiezorg

Dyslexiezorg omvat de vergoeding van kosten van diagnostiek en behandeling van ernstige dyslexie bij kinderen bij wie de zorg op zeven, acht of negenjarige leeftijd aanvangt en die basisonderwijs volgen. De zorg moet worden uitgevoerd door een gespecialiseerde psycholoog of orthopedagoog op het niveau GZ-psycholoog of een gespecialiseerde instelling voor hulpverlening bij dyslexie waar gewerkt wordt op basis van multidisciplinaire samenwerking. De eindverantwoordelijkheid voor diagnostiek en behandeling ligt bij een gezondheidszorgpsycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist die op grond van de voor hun beroep geldende en geëxpliceerde standaarden bekwaam zijn voor diagnostiek en behandeling van ernstige dyslectici in de zorg.

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



Artikel 37 – Eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ

- lid 1
- a. Voor de eerstelijnspsychologische zorg, niet-specialistische GGZ, is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts of arts voor de jeugdgezondheidszorg. Dit geldt niet voor acute zorg.
 - b. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.
Geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van (ortho)pedagogische hulp, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter.
- lid 2
- Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog en/of eerstelijnspsycholoog en/of klinisch psycholoog en/of orthopedagoog-generalist, mits deze BIG geregistreerd is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden, met dien verstande dat:
- a. de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per kalenderjaar omvat;
 - b. de zorg ook gegeven kan worden in vijfde, kwart, halve of dubbele zittingen, waarbij de wettelijke eigen bijdrage dan steeds naar rato is. Er wordt maximaal één prestatie per dag vergoed;
 - c. voor eerstelijnspsychologische zorg de verzekerde een eigen bijdrage van €10,- per zitting betaalt.
- Deze zorg omvat niet de specialistische zorg genoemd in artikel 38.

Artikel 38 – Specialistische GGZ

- lid 1
- a. Voor de specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, medisch-specialist, arts voor de jeugdgezondheidszorg. Dit geldt niet voor acute zorg.
 - b. Voor jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is voor deze zorg een indicatiebesluit van een bureau jeugdzorg noodzakelijk dan wel, een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ.

lid 2 De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg omvat niet de eerste-lijnpsychologische zorg genoemd in artikel 37.

lid 3 Psychiatrische ziekenhuisopname:

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van opname in een GGZ-instelling (psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) gedurende ten hoogste 365 dagen. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen.

Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

De aanspraak op de vergoeding van kosten omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

lid 4 Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg:

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten van specialistische GGZ door een GGZ-instelling, psychiater, zenuwarts of psychotherapeut. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

PREMIEBIJLAGE

Grondslag van de premie

De Grondslag van de premie (genoemd in artikel 7 lid 3) voor 2010 kunt u raadplegen op fbto.nl.

Kortingen bij vrijwillig gekozen eigen risico

Onderstaande tabel geeft de kortingen op de premie weer voor de verschillende te kiezen eigen risico's (artikel 10 lid 3). Let wel; dit betreft het vrijwillig gekozen eigen risico bovenop het verplichte eigenrisico van € 165,-.

Eigen risico	Korting op premiegrondslag
€ 100,-	€ 50,-
€ 200,-	€ 100,-
€ 300,-	€ 150,-
€ 400,-	€ 200,-
€ 500,-	€ 250,-



Verzekeren kan je zelf.



Ik kan FBTO altijd bereiken.

Algemene informatie

(058) 234 59 05

www.fbto.nl.

Hulp bij nood

FBTO Alarm Service (alleen bij nood)

+31 58 234 56 50

Dringende schademeldingen

(058) 234 56 00

137 09 10



POSTBUS 318
8901 BC LEEUWARDEN
WWW.FBTO.NL

