



Zilveren Kruis | achmea

Beter Af Polis

Voorwaarden en Aanspraken



Ingangsdatum 1 januari 2006

Alfabetisch overzicht vergoedingen

Vergoeding	Artikel Beter Af Polis	Blz	Artikel Beter Af Plus Polis	Blz
Acnebehandeling			36	21
Adoptie-uitkering			20	19
Alarmeringssystemen			15.2.1	18
Alternatieve geneesmiddelen			9	17
Alternatieve geneeswijzen en therapieën			8	16
Anticonceptiva	16.2	11	10.2	17
Astma Centrum (Nederlands) te Davos	9	10		
Audiologisch centrum	12	10		
Bevalling	23	12	17	18
Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood			15.2.7	18
Brillen en contactlenzen			15.2.4	18
Buitenland	26	13	22, 23	19, 20
Buitenland, advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens vakanties			25	20
Buitenland, vaccinaties en geneesmiddelen			24	20
Camouflagetherapie			37	21
Circumcisie			6	16
Cosmetische chirurgie	27	13	35	21
Dagbehandeling	1	9		
Dieetadvisering	21	12	14	17
Epilatie behandeling			38	22
Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	13	10		
Ergotherapie	19	12		
Farmaceutische zorg	16	10	10	17
Fysiotherapie	18	11	11	17
Gasthuis, overnachting nabij een ziekenhuis (bij poliklinische behandeling)			2	16
Gasthuis, verblijf en reiskosten gezinsleden bij opname verzekerde			1	16
Haemodialyse	6	9		
Herstel en balans, nazorgtraining ex-kankerpatiënten			31	21
Herstellingsoorden			27	20
Hoortoestel, eigen bijdragen			15.1	18
Huisartsenzorg	15	10		
Hulpmiddelen	22	12	15	18
In Vitro Fertilisatie	7	10	4	16
Kraampakket			19	19
Kraamzorg	24	12	18	18
Leefstijltrainingen			47	23
Logopedie	20	12		
Manuele lymfdrainage	18.1	11	11	17
Mechanische beademing	10	10		
Medisch specialistische zorg, extramuraal	4	9		
Medisch specialistische zorg, klinisch	1	9		
Medisch specialistische zorg, poliklinisch	3	9		
Motorslede, elektrische	22.2	12		
Nierdialyse	6	9		
Oefentherapie Cesar/mensendieck	18	11	11	17
Oefentherapie in extra verwarmd water			12	17
Oncologieonderzoek bij kinderen	8	10		
Organtransplantaties	5	9		
Orthodontie, bijzondere gevallen	34	14		

Vergoeding	Artikel Beter Af Polis	Blz	Artikel Beter Af Plus Polis	Blz
Orthodontie tot 18 jaar			41	22
Overgangsconsulent			46	23
Pedicurezorg			34	21
Peritoneaaldialyse	6	9		
Plakstrips mammaprothese			15.2.2	18
Plastische chirurgie	27	13	35	21
Plaswekker			15.2.3	18
Podotherapie			32	21
Preventieve cursussen			45	23
Preventieve onderzoeken			44	22
Pruiken, eigen bijdragen			15.1	18
Psoriasis, huur UV-B lichtbehandeling thuis	14	10		
Psoriasis, dagbehandelingscentrum			7	16
Psychologische zorg, kortdurend			30	20
Psychotherapie			29	20
Reuma kuurbehandeling			26	20
Revalidatie	17	11		
Second opinion			3	16
Spierstimulator			15.2.6	18
Sportmedisch onderzoek			48	23
Sterilisatie			5	16
Steunpessarium			15.2.5	18
Steunzolen			33	21
Stottertherapie	20	12	13	17
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar	28	13		
Tandheelkundige zorg tot 18 jaar – kronen, bruggen en inlays			42	22
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - algemeen Beter Af Tandarts Polis	29	14		24
Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - prothesen Beter Af Tandarts Polis	30	14	43	22 24
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	33	14		
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	32	14		
Tandheelkundige zorg, implantaten	31	14		
Therapeutische kampen			28	20
Thuiszorg voor gehandicapten en chronisch zieken			39	22
Trombosedienst	11	10		
VAC pomp	22.2	12		
Vakantiehôtels / vaarvakanties gehandicapten en chronisch zieken			40	22
Verloskundige zorg	23	12	17	18
Verpleegartikelen, uitleen			16	18
Vervoer van zieken	25	12	21	19
Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen	7	10	4	16
Zelfstandig behandelcentrum	2	9		
Ziekenhuisverpleging Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket	1	9		24

Art. Onderwerp

- 1 Begripsbepalingen
- 2 Grondslag van de verzekering
- 3 Aanmelding en inschrijving
- 4 Ingangsdatum, duur en einde van uw verzekering
- 5 Verplichtingen van de verzekerde
- 6 Onrechtmatige inschrijving
- 7 No-claim
- 8 Eigen risico
- 9 Premie
- 10 Wijziging van premie en/of voorwaarden
- 11 Aanspraken
- 12 Geldend maken van zorgaanspraken
- 13 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar
- 14 Aansprakelijkheid van derden
- 15 Geschillen
- 16 Persoonsgegevens
- 17 Fraude

Artikel 1 Begripsbepalingen

In deze verzekeringsovereenkomst wordt verstaan onder:

Apotheker

Een apotheker die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

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.

AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven in het betreffende register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst, waarbij de werkgever is aangesloten.

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.

Centrum voor bijzondere tandheelkunde

Een universitaire of daarmee 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 erfelijkheidsadviesing.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische 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.

Dienstenstructuur

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen, als bedoeld in artikel 29c van het Besluit werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992 dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

Diëtist

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. 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 aflevering van de bij of krachtens het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten, een en ander met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde nadere reglement.

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.

Gezin

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

Huisarts

Een arts die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Hulpmiddelenzorg

De voorziening in de behoefte aan bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen, alsmede verbandmiddelen, met inachtneming van het door de zorgverzekeraar vastgestelde reglement inzake toestemmingsvereisten, gebruikstermijnen en volumevoorschriften.

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

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

Kinderfysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat ingeschreven in het Register Verbijzonderde fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapeuten.

Klinisch genetisch centrum

Een instelling voor klinische genetica, die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen.

Kraamcentrum

Een instelling, conform bij of krachtens wet gestelde regels als zodanig toegelaten, alsmede de door de zorgverzekeraar als zodanig erkende instelling.

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

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.

Medisch adviseur

De arts, die de zorgverzekeraar in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch-specialist

Een arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Mondhygiënist

Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenoemd 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied mondhygiënist'.

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.

Orthodontist

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

Polisblad

De akte waarin tussen verzekeringnemer en zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering is vastgelegd.

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.

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'.

Terrorismeschade

Schade als gevolg van terrorisme, kwaadwillige besmetting en/of preventieve maatregelen, en handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme.

U/uw

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

Verblijf

Opname met een duur langer dan 24 uur.

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 het polisblad is vermeld.

Verzekering

De Zorgverzekering.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.

Wet BIG

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

Wij/ons

Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V.

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 de zorgverzekeraar en 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.

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringwet aanbiedt.

Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij het AFM.

Zorgverzekering

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

Artikel 2 Grondslag van de verzekering

- 2.1** Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringwet, het Besluit zorgverzekering met de daarbij behorende regeling zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door u (verzekeringnemer) ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad wordt jaarlijks verstrekt aan u (verzekeringnemer).
- 2.2** Naast het polisblad verstrekt de verzekeraar een zorgpas. Bij het invoeren van hulp moet u het polisblad of zorgpas tonen aan de zorgverlener en/of zorgverlenende instantie.
- 2.3** De zorg op basis van deze zorgpolis wordt behoudens eigen bijdragen, rechtstreeks door de zorgaanbieder bij ons gedeclareerd ('natura'). Wij hebben hiertoe een zorgovereenkomst met de zorgaanbieder afgesloten. Een lijst met gecontracteerde zorgaanbieders wordt desgewenst toegestuurd door ons en is in te zien via www.zilverenkruis.nl.
- 2.4** De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 2.5** U heeft slechts recht op zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Artikel 3 Aanmelding en inschrijving

- 3.1** U meldt zich voor de zorgverzekering aan bij ons, door een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier (zoals beschreven in artikel 2.1) in te leveren.
- 3.2** Bij aanmelding gaan wij na of is voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Indien hieraan wordt voldaan, wordt een polisblad afgegeven en bestaat daarna aanspraak op zorg volgens deze wet.

Artikel 4 Ingangsdatum, duur en einde van uw verzekering

4.1 Ingangsdatum en duur van uw verzekering

- 4.1.1** De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop wij het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van u (verzekeringnemer) hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- 4.1.2** Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop wij het verzoek, bedoeld in artikel 4.1.1, ontvangen reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en u (verzekeringnemer) aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door u aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in artikel 4.1.1 en 4.1.2, gaat de verzekering op die latere dag in.
- 4.1.3** Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 7.17.1.1, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.
- 4.1.4** Een bij ons lopende verzekering kunt u, behoudens hetgeen in artikel 4.1.1 is bepaald, wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar en alleen na schriftelijke bevestiging van ons.

4.2 Einde van uw verzekering

- 4.2.1** U (verzekeringnemer) kunt de verzekering beëindigen:
- door voor 1 november schriftelijk op te zeggen. De verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk;
 - als u een ander dan uzelf heeft verzekerd en deze verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd. Als de opzegging bij ons voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering binnen is, kan de zorgverzekering beëindigd worden met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe zorgverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop u heeft opgezegd.
- 4.2.2** De zorgverzekering eindigt:
- met ingang van de dag volgend op de dag waarop u niet meer aan de vereisten voor inschrijving in de verzekering voldoet;
 - op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de AWBZ of militair in werkelijke dienst wordt;
 - op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen binnen 45 dagen na de vervaldag nog niet zijn betaald;
 - bij aangetoonde fraude zoals beschreven in artikel 17;
 - bij overlijden;
 - als wij ten gevolge van wijziging of intrekking van onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u uiterlijk twee maanden voor dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- 4.2.3** Wanneer uw verzekering eindigt, delen wij u dit schriftelijk mede.

Artikel 5 Verplichtingen van de verzekerde

- 5.1** U bent verplicht:
- bij het invoeren van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
 - de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien de arts of de medisch adviseur daarom vraagt;
 - aan ons, onze medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie;
 - ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
 - binnen twee maanden aan ons te melden dat u gedetineerd bent.

- 5.2** In voorkomende gevallen de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij ons in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevraagd 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.
- 5.3** Indien de belangen van ons worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen heeft u geen aanspraak op zorg dan wel behoeven wij geen kosten te vergoeden.
- 5.4** U (verzekeringnemer) bent verplicht binnen een maand aan ons kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals eindiging verzekeringsplicht, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. Kennisgevingen aan u (verzekeringnemer), gericht aan uw laatst bekende adres worden geacht u (verzekeringnemer) te hebben bereikt.

Artikel 6 Onrechtmatige inschrijving

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

Artikel 7 No-claim

- 7.1** Iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de Zorgverzekering, heeft recht op teruggave van het zogenoemde no-claimbedrag.
- 7.2** De hoogte van de no-claim bedraagt maximaal € 255,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 7.3** Alle kosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de zorgverzekering gemaakt worden, worden van het maximale no-claimbedrag van € 255,- afgetrokken. Op de no-claimteruggave 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 het CTG vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.
- 7.4** De berekening van de no-claim vindt plaats uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claim van toepassing is. In deze berekening worden nota's die vóór 1 april van het jaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claim van toepassing is, door ons zijn ontvangen, maar die betrekking hebben op de gemaakte kosten in het voorafgaande kalenderjaar, meegenomen.
- 7.5** Nota's die na 1 april volgend op het kalenderjaar waarop de no-claim van toepassing is door ons zijn ontvangen, maar die betrekking hebben op de gemaakte kosten in het voorafgaande kalenderjaar, kunnen leiden tot een terugvordering van de uitbetaalde no-claim dan wel verrekend worden met de no-claim van het daaropvolgende kalenderjaar.
- 7.6** De no-claim geldt voor één kalenderjaar.
- 7.7** Indien u in de loop van het kalenderjaar de 18 jarige leeftijd bereikt, gaat de no-claim in per de eerste van de maand volgende op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt. De no-claim wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.8** Wanneer uw verzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt de no-claim voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.9** Bij beëindiging van uw verzekering in de loop van het kalenderjaar zal de no-claim voor het betreffende kalenderjaar naar evenredigheid worden verminderd.
- 7.10** Indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor de vaststelling van de no-claim teruggave.

Artikel 8 Eigen Risico

- 8.1** Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een eigen risico. De zorgverzekering kan worden afgesloten zonder eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Het per verzekerde gekozen eigen risico wordt in dat geval vermeld op het polisblad. Bij de keuze voor een eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis.
- 8.2** Het per verzekerde gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de zorgverzekering aanspraak kan worden gemaakt.
- 8.3** De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent vallen buiten de kosten van het eigen risico. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
- een bedrag ter zaken van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.
- 8.4** Kosten van zorg die vanuit de zorgverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claim teruggave, bedoeld in artikel 7 en worden daarna verrekend met het eigen risico.
- 8.5** Voor de bepaling van het eigen risico is de situatie bij aanvang van de verzekering of situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid verminderd.
- 8.6** In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de Zorgverzekering, een bedrag voor rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- 8.7** Indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een eigen risico.
- 8.8** Indien de verzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd.
- 8.9** U kunt uw eigen risico met inachtneming van artikel 4.1.4 jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet deze wijziging voor 1 januari waarop de wijziging in moet gaan aan ons doorgeven.

Artikel 9 Premie

9.1 Premievaststelling en premieheffing

- 9.1.1** De hoogte van de premie van de zorgverzekering wordt vastgesteld door ons. De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een eigen risico of een eventuele collectiviteitskorting. Wij heffen een premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
- 9.1.2** Bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar is premie verschuldigd per de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt.
- 9.1.3** U (verzekeringnemer) bent verplicht de premie vooruit te betalen.

9.2 Het betalen van de premie

- 9.2.1** U (verzekeringnemer) betaalt de premie evenals de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, bij vooruitbetaling.
- 9.2.2** Als de premie door de verzekeringnemer niet wordt betaald, heeft u alsnog de plicht om zelf tijdig de premie te betalen.
- 9.2.3** Het is u niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van ons te vorderen vergoeding.
- 9.2.4** Als de verzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt al betaalde premie terugbetaald. Wij kunnen van de terug te betalen premie een bedrag voor administratiekosten aftrekken.

9.3 Niet-tijdige betaling

- 9.3.1** Bij de premiebetaling moet u aan de gestelde regels voldoen. Deze verplichting geldt ook indien de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen. Wanneer het niet mogelijk is de achterstallige premie te verrekenen met schadekosten, dan kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u in rekening brengen.
- 9.3.2** Wij kunnen de in artikel 9.3.1 genoemde kosten pas in rekening brengen als u (verzekeringnemer) niet op tijd betaalt na een schriftelijke aanmaning waarin een betalingstermijn is vermeld.
- 9.3.3** In aanvulling op artikel 9.3.1 en 9.3.2 geldt dat aanspraken vervallen, als de premie niet is betaald binnen een maand na een betalingsverzoek van ons. De aanspraken vervallen automatisch met ingang van de eerste dag van de maand van achterstand. De betalingsplicht blijft bestaan. Bij premieachterstand beëindigen wij de zorgverzekering. De zorgverzekering kan niet met terugwerkende kracht worden afgesloten.
- 9.3.4** Bij (her)inschrijving na wanbetaling dient u twee maanden premie vooruit te betalen.

Artikel 10 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 10.1** Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de maand waarin deze aan de verzekeringnemer is meegedeeld.
- 10.2** U (verzekeringnemer) kunt de zorgverzekering opzeggen in de periode gelegen tussen de datum waarop wij u het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie hebben meegedeeld en de inwerkingtreding van die verhoging.
- 10.3** De opzegging, bedoeld in artikel 10.2 gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.
- 10.4** Als een wijziging in de aanspraken c.q. vergoedingen ten nadele van u plaatsvindt, kunt u (verzekeringnemer) de zorgverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. U (verzekeringnemer) kunt de zorgverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval heeft u hiervoor 30 dagen nadat de wijziging door ons is medegedeeld.

Artikel 11 Aanspraken

- 11.1** Deze zorgverzekering omvat aanspraken op zorg en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.
- 11.2** U heeft aanspraak op zorg uit de Zorgverzekeringswet, het Besluit Zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De inhoud en omvang van deze zorg staan beschreven in deze wetten. Bepalend is de behandeldatum en/of de datum van de levering en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.
- 11.3** Indien u zelf nota's van de zorgverlener ontvangt bent u verplicht de nota's zo spoedig mogelijk aan ons toe te sturen, maar in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Indien u dit niet doet, vergoeden wij de gedeclareerde kosten niet.
- 11.4** Indien u zelf nota's van de zorgverlener ontvangt bent u verplicht originele en duidelijk gespecificeerde nota's aan ons 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 staan vermeld welke natuurlijke persoon de behandeling heeft uitgevoerd.

Uitsluitingen:

- 11.5** U heeft geen recht op aanspraak c.q. wij vergoeden geen kosten die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit atoomkernreacties (tenzij de radioactieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging), gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf.

- 11.6** Als de schade is veroorzaakt door terrorisme kan de dekking voor de zorgverzekering beperkt worden door de Minister van Financiën.
- 11.7** U heeft geen recht op aanspraak c.q. wij vergoeden geen kosten van keuringen, grieprikken, behandeling tegen snurken (uvuloplastiek), behandeling voor het operatief plaatsen of vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie, abdominoplastiek en liposuctie van de buik, behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan, behandelingen gericht op circumcisie en het afgeven van doktersverklaringen.
- 11.8** U heeft geen recht op aanspraak c.q. wij vergoeden geen kosten als gevolg van niet nagekomen afspraken.

Artikel 12 Geldend maken van zorgaanspraken

- 12.1** Als u zorg nodig heeft die deel uitmaakt van de zorgverzekering heeft u de keuze uit elke persoon of instelling in Nederland, die een overeenkomst heeft gesloten met ons. Wij verstrekken informatie over de personen en instellingen met wie/waarmee zo'n overeenkomst bestaat.
- 12.2** Als u 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, indien van toepassing, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent.
- 12.3** Indien en voor zover wij meer vergoeden dan waartoe wij krachtens de overeenkomst gehouden zijn, wordt u geacht aan ons te hebben verleend een volmacht tot incasso op onze naam van het door u aan ons teveel betaalde.
- 12.4** Indien de voor u benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door ons gecontracteerde zorgverlener of instelling, heeft u aanspraak op bemiddeling en na verkregen toestemming recht op zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder. De daaraan verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden vergoed. Indien en voor zover artikel 12.2 niet van toepassing is, geldt ten aanzien van de aanspraak op vergoeding van kosten dat vergoeding plaatsvindt tot maximaal:
- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
 - indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

Artikel 13 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar

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

Artikel 14 Aansprakelijkheid van derden

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

Artikel 15 Geschillen

- 15.1** Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.
- 15.2** Indien een verzekeringnemer of een verzekerde het niet eens is met een door ons, in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst genomen beslissing, kan hij ons verzoeken deze beslissing te heroverwegen. Een dergelijk verzoek dient te worden gericht aan de afdeling Centrale Klachten Coördinatie.
- 15.3** Voor zover op het verzoek tot heroverweging niet binnen 6 weken door ons wordt gereageerd, dan wel wij gemotiveerd aangeven onze oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter.
- 15.4** In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of verzekerde het geschil voorleggen aan de Geschillencommissie Uitvoering Zorgverzekeringswet. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.

Artikel 16 Persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie. Ook kunnen wij deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij Zilveren Kruis Achmea, Postbus 1311, 3000 BH Rotterdam.

Artikel 17 Fraude

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

Aanspraken Beter Af Polis

Artikel 1 Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis

U heeft bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen aanspraak op onderstaande zorg.

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.

U heeft aanspraak op:

- verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;
- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voor een aantal behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief. Dit geldt voor de volgende behandelingen:

- Liesbreuk;
- Spataderen;
- Keel/Neusamandelen;
- Borstverkleining met medische indicatie;
- Staaroperatie;
- Herniabehandeling;
- Heupoperatie (i.v.m.artrose);
- Knieoperatie(i.v.m.artrose).

Voorwaarden

Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons voor ziekenhuisopname tenminste drie weken van tevoren goedkeuring vragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.

- U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze geneeskundig adviseur bekend te maken.

Artikel 2 Zelfstandig behandelcentrum

U heeft bij behandeling in een zelfstandig behandelcentrum aanspraak op:

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

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

Voor de behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.

Voorwaarde

U heeft alleen aanspraak wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

Artikel 3 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

U heeft aanspraak op:

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

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

Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.

Voorwaarde

U heeft alleen aanspraak wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of andere medisch specialist. Voor de oogarts heeft u geen verwijzing nodig.

Artikel 4 Medisch specialistische zorg (extramuraal)

U heeft aanspraak op de behandeling van een door ons gecontracteerde extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

U heeft aanspraak op:

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

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

Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.

Voorwaarde

U heeft alleen aanspraak wanneer u bent doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of andere medisch specialist.

Artikel 5 Orgaantransplantaties

U heeft aanspraak op:

- transplantatie in een ziekenhuis van de volgende weefsels en organen: beenmerg, bot, hoornvlies, huidweefsel, nier, hart, lever (orthotoop), long, hart/long, nier pancreas;
- de specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor en in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor; het onderzoek, de preservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie.

De donor heeft recht op:

- vergoeding van de kosten van zorg, waarop volgens deze polis aanspraak bestaat, gedurende ten hoogste 13 weken na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waaraan de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen en uitsluitend indien de verleende zorg verband houdt met die opname;
- het vervoer 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, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in de vorige zin;
- de kosten van het vervoer van en naar Nederland van een in het buitenland woonachtige donor in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland, en de overige transplantatie kosten, voor zover deze verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. Tot deze laatste kosten behoren in ieder geval niet de verblijfskosten in Nederland en eventuele gedeerde inkomsten.

Voorwaarde

Wij moeten u bij een niet door ons gecontracteerde instelling vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 6 Niet-klinische haemodialyse en peritoneaaldialyse

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

Daarnaast heeft u bij thuisdialyse aanspraak op:

- vergoeding van de kosten die verband houden met de opleiding door het dialysecentrum van degenen die de dialyse uitvoeren dan wel daarbij behulpzaam zijn;

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

Voorwaarde

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

Artikel 7 IVF (In Vitro Fertilisatie) en andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

U heeft aanspraak op de tweede en derde In Vitro Fertilisatie (IVF) of Intracytoplasmatische Sperma Injectie (ICSI)-poging per te realiseren zwangerschap inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- De IVF-behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) is van toepassing. Wij vergoeden de kosten maximaal tot de door de overheid vastgestelde bedragen.

Artikel 8 Oncologieonderzoek bij kinderen

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

Artikel 9 Astma Centrum (Nederlands) te Davos (Zwitserland)

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

Voorwaarden

- Een soortgelijke behandeling heeft in Nederland zonder succes plaatsgehad en wij achten de behandeling in Davos doelmatig.
- U moet zijn doorverwezen door een longarts.

Artikel 10 Mechanische beademing

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

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

Artikel 11 Trombosedienst

U heeft aanspraak op zorg door de trombosedienst op voorschrift van een arts. De zorg omvat:

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

Artikel 12 Audiologisch centrum

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

- onderzoek naar de gehoorfunctie;
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;
- psychosociale zorg indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen tot zeven jaar, door een tot dat doel door ons gecontracteerd audiologisch centrum.

Voorwaarde

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

Artikel 13 Erfelijkheidsonderzoek en -advisering

U heeft aanspraak op erfelijkheidsonderzoek en -advisering in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
 - chromosoomonderzoek;
 - biochemische diagnostiek;
 - ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek;
 - erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.
- Indien noodzakelijk voor het advies aan u zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan uzelf; aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts.

Artikel 14 Behandeling van psoriasis

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

Voorwaarden

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

Artikel 15 Huisartsenzorg

U heeft aanspraak op:

- zorg verleend door een huisarts, of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgverlener die onder de verantwoordelijkheid van een huisarts werkzaam is;
 - röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts.
- De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen huisartsen als zorg plegen te bieden.
- Tevens heeft u aanspraak op een aantal door een huisarts uitgevoerde behandelingen, die eveneens vallen onder de zorg die medisch specialisten plegen te bieden. U heeft alleen aanspraak op deze behandelingen indien wij dit in ons contract met de betreffende huisarts zijn overeengekomen.

Voorwaarde

U heeft alleen aanspraak op de laboratoriumkosten wanneer deze zijn gedeclareerd door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland.

Artikel 16 Farmaceutische zorg

16.1 Algemeen

U heeft volgens het Achmea reglement Farmaceutische Zorg aanspraak op:

- geneesmiddelen die op grond van de Regeling zorgverzekering zijn aangewezen. Er bestaat een limitatieve lijst van geneesmiddelen waarvoor aanvullende voorwaarden gelden. Een daarvan is dat voor verstrekking van sommige geneesmiddelen van die lijst wij u goedkeuring moeten verlenen;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd indien het rationele farmacotherapie betreft;

- dieetpreparaten, indien er sprake is van een ernstige slik-, passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornis of een ernstige voedselallergie of indien er sprake is van dreigende ernstige ondervoeding bij een verzekerde die lijdt aan chronisch obstructief longlijden, ernstige cystische fibrose of ernstig congenitaal hartfalen en bij dat hartfalen sprake is van een dreigende groeiachterstand.
Het Achmea reglement Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.
- Bij de levering van de hierboven bedoelde geneesmiddelen en dieetpreparaten door een niet-gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts wordt een bedrag van € 2,50 per aflevering niet vergoed.
- Op de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing.
Dit betekent dat voor de meeste geneesmiddelen een vergoedingslimiet is vastgesteld. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, vergoeden wij slechts tot de vergoedingslimiet.

Voorwaarden

- De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door:
 - een arts, tandarts, kaakchirurg of verloskundige wiens zorg u volgens deze polis heeft ingeroepen;
 - een arts verbonden aan een consultatiebureau voor geboorteregeling, een persoon of instelling die zorg verleent als bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
 - een arts die is verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst, en de zorg strekt ter behandeling van tuberculose of tuberculose-infectie.
- De farmaceutische zorg moet geleverd worden door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- U heeft alleen aanspraak op dieetpreparaten en de geneesmiddelen waarvoor aanvullende voorwaarden gelden, wanneer wij vooraf onze goedkeuring hebben verleend.

Uitsluitingen

- U heeft geen aanspraak op geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis naar het buitenland.
- U heeft geen aanspraak op farmaceutische zorg in de in de Regeling zorgverzekering aangegeven gevallen.
- U heeft geen aanspraak op geneesmiddelen als bedoeld in artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten, tenzij u lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 bewoners.
- U heeft geen aanspraak op geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.

16.2 Anticonceptiva

De vrouwelijke verzekerde heeft aanspraak op hormonale anticonceptiva en spiraaltjes indien:

- u jonger bent dan 21 jaar;
- het een intra-utrine device met levonorgestrel betreft, indien u het middel krijgt als progestageen ter voorkoming van dometriumhyperplasie tijdens oestrogeentherapie in de peri- en postmenopauze of ter behandeling van een menorrhagie waarbij sprake is van bloedarmoede, inhoudende een hemoglobinewaarde die lager is dan de referentiewaarden zoals gehanteerd in de richtlijnen van de beroepsgroepen.

Voorwaarden

- Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist en moet geleverd worden door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende huisarts en dient alleen voor eigen gebruik.
- Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

Artikel 17 Revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

U heeft aanspraak op revalidatie, maar uitsluitend als:

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

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, als daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Voorwaarde

De behandelende instelling moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij de behandelende instelling een garantieverklaring.

Artikel 18 Fysiotherapie en oefentherapie

18.1 Chronische aandoeningen

U heeft aanspraak op de 10e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut bij bepaalde chronische aandoeningen, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen. Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben tevens aanspraak op de 1e-9 behandelingen. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden. Manuele lymfdrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een door ons gecontracteerde huidtherapeut. Bij fysiotherapie-behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij maximaal € 20,- per behandeling. Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of huidtherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Fysiotherapie. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft alleen aanspraak indien u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Voor vergoeding van een behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend.

Uitsluitingen

- Onder fysiotherapie wordt niet verstaan hydrotherapie die in een zwembad plaatsvindt.
- U heeft geen aanspraak op individuele of groepsbehandeling, die slechts ten doel heeft om de conditie door middel van training te bevorderen.

18.2 Niet chronische aandoeningen

Verzekerden tot 18 jaar hebben recht op aanspraak van 9 behandelingen per aandoening per jaar door een fysiotherapeut, kinderfysiotherapeut of oefentherapeut, eventueel verlengd met nogmaals 9 behandelingen. Bij fysiotherapie-behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij maximaal € 20,- per behandeling. Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Fysiotherapie. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden

- U heeft alleen aanspraak indien u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Voor vergoeding van een behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend.

Artikel 19 Ergotherapie

U heeft aanspraak op 10 uur advisering, instructie, training of behandeling per kalenderjaar door een ergotherapeut met als doel uw zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

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

Voorwaarde

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

Artikel 20 Logopedie

U heeft aanspraak op behandeling door een logopedist voor zover de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen logopedisten als zorg plegen te bieden. Hieronder valt ook stottertherapie door een logopedist.

Voorwaarde

U heeft alleen aanspraak indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist.

Uitsluiting

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

Artikel 21 Dieetadvisering

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

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

Voorwaarde

U moet een schriftelijke verwijzing hebben van een arts of tandarts.

Artikel 22 Hulpmiddelen

22.1 Algemeen

U heeft aanspraak op:

- verstrekking van hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom of in bruikleen; hiervoor geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage;
- het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
- reservehulpmiddelen;
- overeenkomstig het Achmea reglement Hulpmiddelen. Het Achmea reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Wanneer u een hulpmiddel aanschaft bij een niet door ons gecontracteerde leverancier, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een gecontracteerde leverancier. U moet er dan rekening mee houden dat u een bedrag moet bijbetalen. De hoogte van deze eigen bijdragen staat vermeld in het Achmea reglement Hulpmiddelen.

Voorwaarden

- Voor de verstrekking, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een leverancier. In de bijlage van het Achmea reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de verstrekking, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- Informatie over het hulpmiddel en een overzicht van de door ons gecontracteerde leveranciers in uw omgeving kunt u bij ons opvragen.

22.2 Overige hulpmiddelen CPM motorslede

U heeft aanspraak op de huur van een CPM motorslede die wordt gebruikt voor nabehandeling bij operatief behandeld letsel aan knie- of enkelgewricht.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

VAC (Vacuum Assisted Closure) System

U heeft aanspraak op de huur van een vacuüm pomp systeem als behandeling van langdurige grote open (ontstoken) wonden.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 23 Bevalling en verloskundige zorg

23.1 Met medische noodzaak

U heeft aanspraak op:

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

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

23.2 Zonder medische noodzaak

U heeft aanspraak op:

- het gebruik van de verloskamer, indien er geen medische indicatie voor bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting bestaat;
- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

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

Artikel 24 Kraamzorg

U heeft aanspraak op kraamzorg:

- thuis. Er geldt een eigen bijdrage van € 8,50 per uur. Bij kraamzorg thuis kan de vrouwelijke verzekerde er voor kiezen om de voor haar noodzakelijke kraamzorg door ons te laten regelen. Indien zij hiervoor kiest, vervalt van de eigen bijdrage € 5,- per uur. In dat geval geldt alleen de wettelijke eigen bijdrage van € 3,50 per uur. De omvang van de kraamzorg hangt samen met uw persoonlijke situatie na de bevalling en wordt door ons in goed overleg met u, conform het indicatieprotocol, vastgesteld. Het indicatieprotocol maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.
- in het ziekenhuis of een kraamcentrum. Als u in een kraamcentrum of zonder medische indicatie in het ziekenhuis verblijft, geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 14,- per opnamedag, vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van het ziekenhuis € 100,50 per dag te boven gaat.

U krijgt maximaal 10 dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Informatie over onze kraamzorgservice vindt u in de folder 'Kraamzorg' die wij u op aanvraag toesturen.

Voorwaarde

Als u gebruik maakt van de door ons geregelde kraamzorg, moet u uiterlijk in de 5e maand van de zwangerschap contact met ons opnemen.

Artikel 25 Vervoer van zieken

U heeft aanspraak op ziekenvervoer:

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

- U heeft aanspraak op de volgende vormen van vervoer:
- per ambulance;
 - zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,24 per kilometer bij vervoer per eigen auto bij verzekerden die:
 - nierdialyse ondergaan;
 - oncologische behandelingen met radio- en chemotherapie ondergaan;
 - visueel gehandicapt zijn en zich zonder begeleiding niet kunnen verplaatsen;
 - rolstoelafhankelijk zijn;
 - vervoer van een begeleider indien begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Voor zittend ziekenvervoer (openbaar vervoer, taxi of eigen auto) geldt een eigen bijdrage van € 83,- per persoon per kalenderjaar. Bij een niet door ons gecontracteerde taxi geldt een maximale kilometervergoeding van € 0,70 per kilometer.

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

Voorwaarden

- U heeft alleen aanspraak op ambulancevervoer als zittend ziekenvervoer om medische redenen niet verantwoord is.
- Voor zittend ziekenvervoer moeten wij u vooraf toestemming hebben verleend via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak heeft. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn vindt u op het vergoedingsoverzicht. Informatie over ziekenvervoer vindt u in onze brochure ziekenvervoer die wij u op aanvraag toesturen.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw Zorgpolis of de AWBZ vergoeden.
- Indien zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, taxi of eigen auto niet mogelijk is, kunt u ons vooraf toestemming vragen voor vervoer door middel van een ander middel van vervoer.
- Bij begeleiding kunt u ons in bijzondere gevallen vooraf toestemming vragen voor het vervoer van twee begeleiders.
- Om voor vergoeding in aanmerking te komen mag de afstand niet meer dan 200 kilometer bedragen, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

Artikel 26 Buitenland

- 26.1** De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op hulp van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling buiten Nederland.
- In het geval dat een verzekerde de hulp inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis is aangegeven.
- 26.2** De verzekerde die woont in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:
- aanspraak op hulp volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
 - aanspraak op hulp door een zorginstelling of zorgverlener die door zijn zorgverzekeraar in het woonland is gecontracteerd;
 - aanspraak op vergoeding van kosten van hulp van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis is aangegeven indien hulp binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.
- 26.3** De verzekerde die woont in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft aanspraak op vergoeding van kosten van hulp van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis is aangegeven indien hulp binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

- 26.4** Het tweede lid is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die in Nederland, een ander EU/EER-land of Verdragsland woont, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of verdragsland.
- 26.5** In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de verzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, volledige vergoeding van kosten plaats.

Artikel 27 Cosmetische chirurgie/Plastische chirurgie

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

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltspelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfgevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij een geboorte aanwezige chronische aandoening;
- uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit. Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van te voren contact met ons opnemen. Voor deze behandeling geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend.

Tandheelkundige zorg artikelen 28 t/m 34

U heeft aanspraak op de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen en orthodontisten die plegen te bieden zoals beschreven in artikelen 28 t/m 34.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend voor parodontale chirurgie, extractie onder narcose, osteotomie of het plaatsen van tandheelkundige implantaten.
- Wanneer de tandheelkundige behandeling ergens anders plaatsvindt dan op de locatie waar de behandelaar regulier praktijk uitoefent, is voor aanspraak een schriftelijk advies van de huisarts of specialist vereist.

Artikel 28 Tandheelkundige zorg tot 18 jaar

U heeft aanspraak op de volgende tandheelkundige behandelingen:

- periodiek preventief tandheelkundig onderzoek eenmaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- incidenteel tandheelkundig consult;
- het verwijderen van tandsteen;
- fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij u tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp bent aangewezen;
- sealing;
- parodontale hulp;
- anesthesie;
- endodontische hulp;
- restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
- gnathologische hulp;
- uitneembare prothetische voorzieningen;
- tandvervangende hulp met niet-plastische materialen, en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, 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;
- chirurgische tandheelkundige hulp;
- röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg, tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist(e). Zij moeten bevoegd zijn voor het uitvoeren van de betreffende behandeling.

Artikel 29 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar -algemeen

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

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een kaakchirurg of tandarts.

Artikel 30 Tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar - uitneembare prothesen

U heeft aanspraak op vervaardiging en plaatsing van:

- een volledig uitneembare volledige tandheelkundige prothese, u heeft recht op vergoeding van 75% van de kosten;
 - een volledig uitneembare volledige boven- of onderprothese, u heeft recht op vergoeding van 75% van de kosten.
- U heeft recht op 100% van de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare volledige prothese of bestaande volledige overkappingsprothese.

Voorwaarden

- De prothese moet geleverd en gedeclareerd worden door een tandarts of een door ons gecontracteerde tandprotheticus.
- Indien de volledige prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde gelden in plaats van de UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes, de door het CTG (College Tarieven Gezondheidszorg) goedgekeurde tarieven.
- Reparaties aan de prothese moeten worden uitgevoerd door een tandarts, of door een door ons gecontracteerde tandprotheticus.
- Wanneer de prothese binnen 5 jaar wordt vervangen moeten wij u hiervoor eerst toestemming hebben verleend.

Artikel 31 Tandheelkundige implantaten en prothesen op implantaten

U heeft aanspraak op tandheelkundige implantaten, inclusief de prothese op tandheelkundige implantaten. U heeft alleen aanspraak als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder deze hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Er geldt een eigen bijdrage van € 90,-.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend. De aanvraag moet zijn ingediend door een kaakchirurg, een tandarts, een tandprotheticus of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend indien de behandeling onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- Er moet naar ons oordeel sprake zijn van een ernstig geslonken tandenloze kaak.
- De implantaat gedragen prothese moet vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Indien de prothese wordt vervaardigd en geplaatst in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde gelden in plaats van de UPT (Uniforme Particuliere Tarieven)-codes, de door het CTG (College Tarieven Gezondheidszorg) goedgekeurde tarieven.

Artikel 32 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap

Verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap hebben aanspraak op behandeling door een tandarts, kaakchirurg of het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Bij preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare (niet zijnde volledige) prothetische voorzieningen geldt een wettelijke bijdrage ter hoogte van het verschil ten opzichte van het reguliere tandheelkundige tarief.

Voorwaarden

- Voor lichamenlijk en/of verstandelijk gehandicapten bestaat alleen aanspraak indien geen aanspraak gemaakt kan worden op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.
- U heeft alleen aanspraak indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.

Artikel 33 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

U heeft aanspraak op een tandheelkundige behandeling in gevallen waarin:

- u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Bij preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare (niet zijnde volledige) prothetische voorzieningen geldt een wettelijke bijdrage ter hoogte van het verschil ten opzichte van het reguliere tandheelkundige tarief;
- een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en u zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.

Voorwaarden

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.
- U heeft alleen aanspraak indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of tandarts specialist.

Artikel 34 Orthodontie in bijzondere gevallen

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

Voorwaarden

- U heeft alleen aanspraak als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder hulp geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.
- De behandeling moet medediagnostiek of medebehandeling van andere dan tandheelkundige disciplines vereisen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend. Op uw verzoek sturen wij u een aanvraagformulier toe. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.

Voorwaarden en Vergoedingen aanvullende verzekeringen

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden artikelen 1 t/m 17 die gelden voor de Beter Af Polis zijn ook van toepassing op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Naast deze artikelen gelden enkele specifieke artikelen voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Deze zijn hieronder beschreven.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering

De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op de Beter Af Polis.

Eerstelijns psycholoog

Een psycholoog die als gekwalificeerd eerstelijns psycholoog geregistreerd staat bij het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P.).

Gezondheidszorg psycholoog

Een gezondheidszorg psycholoog die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

Huidtherapeut

Een huidtherapeut, vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

Podotherapeut

Een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zorgverzekeraar

Voor de uitvoering van de aanvullende verzekering is dat Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij het AFM.

Artikel 2 Aanmelding en inschrijving

- 2.1 Iedereen, die recht heeft op de Beter Af Polis, kan op eigen verzoek, een aanvullende verzekering aanvragen. U meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door het inleveren van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier.
- 2.2 Wij kunnen een verzoek tot inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren indien:
 - a u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder werd afgesloten met ons;
 - b u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 17 van de Beter Af Polis;
 - c de gezondheidstoestand van u hiertoe aanleiding geeft.

Artikel 3 Ingangsdatum, duur en einde van uw verzekering

3.1 Ingangsdatum en duur van uw verzekering

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

3.2 Einde van uw verzekering

Wij mogen uw aanvullende verzekering beëindigen:

- wanneer het recht op de Beter Af Polis is beëindigd;
- op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen binnen 45 dagen na de vervaldag nog niet zijn betaald. Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van uzelf als van uw kinderen onder de 18 jaar;
- met onmiddellijke ingang, indien u niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de verzekering wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig hebt ingevuld, of omstandigheden hebt verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
- bij aangetoonde fraude.

Artikel 4 No-claim

De no-claim is alleen van toepassing op de Beter Af Polis en niet op de aanvullende verzekering.

Artikel 5 Eigen Risico

Het per verzekerde gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de Beter Af Polis aanspraak kan worden gemaakt. Het eigen risico is niet van toepassing op de aanvullende verzekering.

Artikel 6 Premie, niet-tijdige betaling

In aanvulling op artikel 9.3.1 en 9.3.2 van de Beter Af Polis geldt dat aanspraken vervallen, als de premie niet is betaald binnen een maand na een betalingsverzoek van ons. De aanspraken vervallen automatisch met ingang van de eerste dag van de maand van achterstand.

De betalingsplicht blijft bestaan. Bij premieachterstand beëindigen wij de Beter Af Polis en de eventuele aanvullende verzekering. Aan het afsluiten van de aanvullende verzekering gaat een medische acceptatie vooraf. Als de aanvraag akkoord is dan wordt de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op de maand van de aanvraag afgesloten.

Artikel 7 Aanspraken

- 7.1 U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.
- 7.2 U kunt bij ons uitsluitend aanspraak maken op genoten vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt.
- 7.3 De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts vanuit de aanvullende verzekering tot de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden N.V. Deze clause en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.
- 7.4 Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:
 - de Beter Af Polis en het eventuele restbedrag ten laste van;
 - de Beter Af Tandarts Polis en het eventuele restbedrag ten laste van;
 - de Beter Af Plus Polis.

Beter Af Plus Polis

Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u bij ons heeft afgesloten. Als u een Beter Af Polis bij ons heeft afgesloten heeft u altijd recht op de kortingen die vallen onder 'Achmea health'. Deze kortingen staan vermeld op het vergoedingenoverzicht.

Artikel 1 Kosten van overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisopname

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

- de kosten van overnachting van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis;
- een kilometervergoeding voor de kosten van vervoer van uw gezinsleden per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Wij vergoeden maximaal € 0,19 per kilometer.

Voorwaarde

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

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

Artikel 2 Kosten van overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Wij vergoeden de kosten van overnachting in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis, indien u een poliklinische behandelcyclus ondergaat.

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

Artikel 3 Second opinion

Wij vergoeden de kosten van second opinion door een medisch specialist of tandarts.

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

Artikel 4 IVF (In Vitro Fertilisatie) en andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Wij vergoeden, conform de richtlijnen van de NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie), de kosten van vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, waaronder IVF inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen. Wij vergoeden bij IVF en ICSI de eerste poging per te realiseren zwangerschap.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- De IVF-behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- ICSI vergoeden wij slechts tot het IVF-tarief.

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

Artikel 5 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie in een ziekenhuis of een hiertoe door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

Uitsluiting

De kosten van een hersteloperatie worden door ons niet vergoed.

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

Artikel 6 Circumcisie

Wij vergoeden de kosten van circumcisie (besnijdenis) van de man.

Voorwaarden

- Medische noodzakelijke besnijdenissen moeten plaatsvinden in een ziekenhuis of in een daartoe door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.
- Besnijdenissen op religieuze gronden moeten plaatsvinden bij door ons hiertoe gecontracteerde zorgverleners, in een ziekenhuis of in een daartoe door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum.

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	50%
4 sterren	75%

Artikel 7 Behandeling van psoriasis

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis in een door ons gecontracteerd psoriasisdagbehandelingscentrum.

Voorwaarden

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan het psoriasisdag-behandelingscentrum overleggen.
- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend.

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

Artikel 8 Alternatieve geneeswijzen en therapieën

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve genezers;
- consulten van alternatieve therapeuten.

Voorwaarden

- De alternatief genezer of therapeut moet voldoen aan de door Achmea opgestelde kwaliteitseisen voor alternatieve genezers of therapeuten. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan deze kwaliteitseisen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.
- Het consult dient plaats te vinden in het kader van een medische behandeling. Of dit het geval is, wordt door ons beoordeeld.
- Het consult wordt gegeven op individuele basis.
- Indien de alternatief genezer tevens de huisarts is worden de kosten niet vergoed.

Uitsluitingen

- Wij vergoeden geen kosten van behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie.
- Wij vergoeden geen kosten van kuren en reizen.
- Wij vergoeden geen kosten van ASR-therapie.

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 175,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 350,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 50,- per dag tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 9 Alternatieve geneesmiddelen

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Voorwaarden

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten wettelijk geregistreerd staan in de Homeopathie vergoedingslijst (Z.index) als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een door ons gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts.

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 10 Farmaceutische zorg

10.1 Bovenlimietprijs

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

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

10.2 Anticonceptiva

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor verzekerden jonger dan 21 jaar wordt in aanvulling op de aanspraak op grond van de Beter Af Polis de bovenlimietprijs vergoed.

Voorwaarden

- Het anticonceptiemiddel moet zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist en moet geleverd worden door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudende huisarts en dient alleen voor eigen gebruik.
- Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

1 ster	tot 21 jaar vergoeding bovenlimietprijs, vanaf 21 jaar 100%
2 sterren	tot 21 jaar vergoeding bovenlimietprijs, vanaf 21 jaar 100%
3 sterren	tot 21 jaar vergoeding bovenlimietprijs, vanaf 21 jaar 100%
4 sterren	tot 21 jaar vergoeding bovenlimietprijs, vanaf 21 jaar 100%

Artikel 11 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut en bij kinderen tot 18 jaar ook door een kinderfysiotherapeut. Manuele lymfdrainage in verband met ernstig lymfoedeem mag ook worden uitgevoerd door een daarvoor gekwalificeerde huidtherapeut. Voor verzekerden die op grond van de Beter Af Polis aanspraak hebben op fysiotherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.

Voorwaarden

- Wij vergoeden alleen kosten indien u bent doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- Voor vergoeding van een behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend.
- Bij fysiotherapie-behandelingen door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij maximaal € 20,- per behandeling.
- Bij overige prestaties door een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut vergoeden wij conform het Overzicht Vergoedingen Basisprestaties Fysiotherapie. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Uitsluiting

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

1 ster	maximaal 6 behandelingen per persoon per kalenderjaar
2 sterren	maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar
3 sterren	100%
4 sterren	100%

Artikel 12 Oefentherapie in extra verwarmd water in een zwembad

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

Voorwaarde

De oefentherapie moet in groepsverband en onder leiding van een gediplomeerde fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 4,- per keer tot maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 5,- per keer tot maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 13 Stottertherapie

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

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

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

Artikel 14 Dieetadvisering

Wij vergoeden de kosten van dieetadvisering door een diëtist.

Dieetadvisering omvat de voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel.

Wij vergoeden ook de kosten van advies door een diëtist bij deelname aan Victory Camp of het Dikke Vrienden Kamp.

Voorwaarden

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.
- U moet zijn doorverwezen door de huisarts of medisch specialist.

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

Artikel 15 Hulpmiddelen

15.1 Eigen Bijdragen

U bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van het Achmea reglement Hulpmiddelen in bepaalde gevallen een eigen bijdrage verschuldigd. Wij vergoeden voor de volgende hulpmiddelen een gedeelte van de eigen bijdrage conform de volgende voorwaarden:

- de vergoeding die u ontvangt bij de aanschaf van een pruik vullen wij aan tot een maximum bedrag;
- de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een hoortoestel voorzien van een afstandsbediening vergoeden wij, op medische indicatie en na onze voorafgaande toestemming, tot een maximum bedrag.

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	vergoeding pruiken aangevuld tot maximaal € 345,-; vergoeding hoortoestel met afstandsbediening aangevuld met € 185,- per apparaat
4 sterren	vergoeding pruiken aangevuld tot maximaal € 460,-; vergoeding hoortoestel met afstandsbediening aangevuld met € 230,- per apparaat

15.2 Overige hulpmiddelen

15.2.1 Alarmeringssystemen

Wij vergoeden de kosten van alarmcentrale EuroCross in verband met het gebruik van een alarmeringssysteem.

Voorwaarde

Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding van het persoonsalarmeringskastje vanuit de Beter Af Polis (artikel 22, hulpmiddelen).

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

15.2.2 Plakstrips mammaprothese

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

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

15.2.3 Plaswekker

Wij vergoeden de kosten van een plaswekker.

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

15.2.4 Brillen en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen en contactlenzen.

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 95,- per persoon per 3 kalenderjaren vanaf 4,25 dioptrie
4 sterren	maximaal € 95,- per persoon per 3 kalenderjaren

15.2.5 Steunpessarium

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

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

15.2.6 Spierstimulator door Trans neuromodulator

Wij vergoeden de huurkosten van huur van een spierstimulator die wordt gebruikt voor behandeling van incontinentie.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

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

15.2.7 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Wij vergoeden de huurkosten van huur van een bewakingsmonitor ter voorkoming van wiegendood.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

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

Artikel 16 Verpleegartikelen, uitleen

Wij vergoeden de huurkosten van medisch noodzakelijke artikelen uit het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen, mits deze artikelen niet meer krachtens de AWBZ worden vergoed.

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal 6 maanden
4 sterren	maximaal 6 maanden

Artikel 17 Bevalling en verloskundige zorg

Wij vergoeden de kosten van de op basis van de Beter Af Polis in rekening gebrachte eigen bijdrage bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie geleid door een huisarts of verloskundige.

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

Artikel 18 Kraamzorg

18.1 Eigen bijdrage kraamzorg

Wij vergoeden de kosten van de op basis van de Beter Af Polis in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage kraamzorg.

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

18.2 Uitgestelde kraamzorg

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

Voorwaarde

De kraamzorg moet aanvangen na 10 dagen na de bevalling (uitgestelde kraamzorg).

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal 15 uur, eigen bijdrage € 3,50 per uur
4 sterren	maximaal 15 uur, 100%

Artikel 19 Kraampakket

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde

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

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

Artikel 20 Adoptie-uitkering

Nadat een of meerdere kinderen, die tijdens de looptijd van de verzekering wettig zijn geadopteerd, bij ons zijn ingeschreven op de Beter Af Polis, krijgt u van ons een uitkering.

1 ster	geen dekking
2 sterren	€ 1.200,- per adoptie, maximaal 1x per kalenderjaar
3 sterren	€ 1.500,- per adoptie, maximaal 1x per kalenderjaar
4 sterren	€ 1.500,- per adoptie, maximaal 1x per kalenderjaar

Artikel 21 Vervoer van zieken

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

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

Bij taxivervoer door een niet door ons gecontracteerde vervoerder ontvangt u slechts een gedeeltelijke vergoeding.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vervoer en op welke vorm van vervoer u aanspraak kunt maken. Het telefoonnummer van de Vervoerslijn vindt u op het vergoedingenoverzicht. Informatie over ziekenvervoer vindt u in onze brochure ziekenvervoer die wij u op aanvraag toesturen.
- Het vervoer moet verband houden met zorg die vanuit uw Beter Af Polis, de AWBZ of uw aanvullende verzekering wordt vergoed.
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden, tenzij wij anders met u zijn overeengekomen.

1 ster	geen dekking
2 sterren	eigen vervoer € 0,19 per km; taxi gecontracteerd 100%, niet gecontracteerd maximaal € 0,70 per km; eigen bijdrage € 83,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	eigen vervoer € 0,19 per km; taxi gecontracteerd 100%, niet gecontracteerd maximaal € 0,70 per km; eigen bijdrage € 83,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	eigen vervoer € 0,19 per km; taxi gecontracteerd 100%, niet gecontracteerd maximaal € 0,70 per km

Artikel 22 Buitenland

22.1 Spoeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan het woonland. De kosten worden alleen vergoed indien het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in het woonland.

Voorwaarden

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in het Nederland zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.
- Tandheelkundige zorg wordt slechts door ons vergoed indien u een Beter Af Tandarts Polis heeft. De kosten vallen onder deze tandheelkundige verzekering.

1 ster	100%, bij verblijf van maximaal 6 maanden
2 sterren	100%, bij verblijf van maximaal 6 maanden
3 sterren	100%, bij verblijf van maximaal 6 maanden
4 sterren	100%, bij verblijf van maximaal 6 maanden

22.2. Vervoerskosten bij gecontracteerde zorg in het buitenland

Wij vergoeden, aanvullend op de vergoeding van gecontracteerde zorg in het buitenland uit de Beter Af Polis, de kosten van medisch noodzakelijk vervoer vanuit Nederland naar door ons gecontracteerde zorg in een buitenlandse zorginstelling en van hieruit terug naar Nederland. De kosten van vervoer per ambulance en door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus) vergoeden wij volledig. Bij vervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,19 per kilometer.

Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- U moet van tevoren contact opnemen met de Vervoerslijn. Deze indiceert of en via welke vorm van vervoer de kosten vergoed kunnen worden. Het nummer van de Vervoerslijn vindt u op het vergoedingenoverzicht.

1 ster	geen dekking
2 sterren	ambulance en gecontracteerd taxivervoer 100%; eigen vervoer € 0,19 per km
3 sterren	ambulance en gecontracteerd taxivervoer 100%; eigen vervoer € 0,19 per km
4 sterren	ambulance en gecontracteerd taxivervoer 100%; eigen vervoer € 0,19 per km

22.3 Overnachting- en vervoerskosten gezinsleden bij gecontracteerde zorg in het buitenland

Wanneer u vanuit Nederland voor gecontracteerde zorg wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling vergoeden wij voor uw gezinsleden bij meer dan 14 verblijfsdagen per kalenderjaar, met ingang van de 15e verblijfsdag:

- de overnachtingkosten in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis;
- een kilometervergoeding bij vervoer per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Wij vergoeden maximaal € 0,19 per kilometer en voor maximaal 700 kilometer per opname.

Voorwaarden

- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.
- U moet van tevoren contact opnemen met ons.

1 ster	geen dekking
2 sterren	overnachtingkosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; vervoerskosten: € 0,19 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname
3 sterren	overnachtingkosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; vervoerskosten: € 0,19 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname
4 sterren	overnachtingkosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden tezamen; vervoerskosten: € 0,19 per kilometer, maximaal vergoeding voor 700 kilometer per opname

Artikel 23 Repatriëring en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

Wij vergoeden:

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

Voorwaarde

Wij vergoeden de kosten alleen na vooraf verleende goedkeuring via de Achmea Alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

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

Artikel 24 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

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

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera;
- hepatitis A/B.

Bij niet door ons gecontracteerde instellingen geldt een eigen bijdrage. Wij kunnen u informeren over de instellingen waar u de vaccinatie kunt laten uitvoeren.

1 ster	100% bij door ons gecontracteerde, 75% bij niet door ons gecontracteerde zorg
2 sterren	100% bij door ons gecontracteerde, 75% bij niet door ons gecontracteerde zorg
3 sterren	100% bij door ons gecontracteerde, 75% bij niet door ons gecontracteerde zorg
4 sterren	100% bij door ons gecontracteerde, 75% bij niet door ons gecontracteerde zorg

Artikel 25 Advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens vakanties

Wij vergoeden aan zorgbehoevende verzekerden een gedeelte van de kosten van advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens vakanties in Spanje.

Voorwaarde

Het advies, de bemiddeling en begeleiding moet worden gegeven door Zorg Vakantie Plan.

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

Artikel 26 Reuma kuurbehandeling

Wij geven een tegemoetkoming in de kosten van door Interkuur te Noordwijk georganiseerde kuurreizen voor verzekerden met aandoeningen aan het bewegingsapparaat, te weten de ziekte van Bechterew of reumatoïde artritis.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf toestemming hebben verleend. Goedkeuring voor deelname aan een kuurreis is onder meer afhankelijk van een beoordeling door de geneeskundig adviseur van Interkuur.

1 ster	tegemoetkoming in de kosten
2 sterren	tegemoetkoming in de kosten
3 sterren	tegemoetkoming in de kosten
4 sterren	tegemoetkoming in de kosten

Artikel 27 Herstellingsoorden

Wij vergoeden de kosten van opname in door ons gecontracteerde herstellingssoorden voor somatische gezondheidszorg.

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg komt niet voor vergoeding in aanmerking.

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

Artikel 28 Therapeutische kampen

28.1 Therapeutisch kamp voor kinderen

Wij vergoeden voor kinderen de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp.

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 10,- per dag en maximaal 42 dagen per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 10,- per dag en maximaal 42 dagen per persoon per kalenderjaar

28.2 Therapeutisch kamp voor gehandicapten

Wij vergoeden aan verzekerden die gehandicapt zijn en niet in een AWBZ-instelling verblijven of worden behandeld de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp.

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 10,- per dag en maximaal 14 dagen per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 10,- per dag en maximaal 14 dagen per persoon per kalenderjaar

Artikel 29 Psychotherapie

Wij vergoeden de eigen bijdrage die u moet betalen voor de behandelingen psychotherapie die u uit de AWBZ vergoed krijgt. Wij vergoeden bovendien in bepaalde gevallen de kosten van de extra behandelingen psychotherapie door een door een zorgkantoor gecontracteerde psychotherapeut aanvullend op de behandelingen die u uit de AWBZ vergoed krijgt.

1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 750,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering voor eigen bijdrage
3 sterren	maximaal € 1.500,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering voor eigen bijdrage en extra behandelingen
4 sterren	maximaal € 2.250,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering voor eigen bijdrage en extra behandelingen

Artikel 30 Psychologische zorg, kortdurend

Wij vergoeden de kosten van kortdurende psychologische zorg.

Voorwaarden

- Het moet gaan om een kortdurende psychologische behandeling die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling.
- De behandelaar is werkzaam als gezondheidszorg psycholoog, eerstelijns psycholoog of als KOP-psycholoog (Kortdurende Oncologische Psychotherapie).
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts, oncoloog of, bij arbeidsgerelateerde klachten, van een bedrijfsarts.

Uitsluiting

Kosten van (ortho)pedagogische hulp, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter vallen buiten de dekking.

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

Artikel 31 Herstel en Balans

Wij vergoeden de kosten van deelname aan het Programma Herstel en Balans voor ex-kankerpatiënten door instellingen onder licentie van de Stichting Herstel en Balans. Het programma kan zowel in een Achmea health Center als op andere plaatsen worden gevolgd.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

1 ster	geen dekking
2 sterren	1 keer per kalenderjaar, eigen bijdrage € 100,- bij Achmea health Center, elders € 250,-
3 sterren	1 keer per kalenderjaar, eigen bijdrage € 100,- bij Achmea health Center, elders € 250,-
4 sterren	1 keer per kalenderjaar, eigen bijdrage € 100,- bij Achmea health Center, elders € 250,-

Artikel 32 Podotherapie

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

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

Artikel 33 Steunzolen

Wij vergoeden de kosten van een paar steunzolen.

Voorwaarden

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

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	voor kinderen tot 18 jaar maximaal € 35,- per kalenderjaar; voor verzekerden vanaf 18 jaar maximaal € 35,- per 2 kalenderjaren
4 sterren	voor kinderen tot 18 jaar maximaal € 50,- per kalenderjaar; voor verzekerden vanaf 18 jaar maximaal € 50,- per 2 kalenderjaren

Artikel 34 Pedicurezorg

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging voor verzekerden met reuma en diabetes met dreigende voetproblemen.

Voorwaarden

- De pedicure moet met de aantekening 'Diabetische voet' geregistreerd staan bij de Landelijke organisatie voor de Voetverzorger/Pedicure (ProVoet) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van ProVoet.
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts of medisch specialist of diabetesverpleegkundige.

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

Artikel 35 Cosmetische chirurgie/Plastische chirurgie

35.1 Met medische indicatie

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard indien de behandeling leidt tot correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke stoornissen.

Wij vergoeden de volgende behandelingen:

- correctie van bovenoogleden;
- correctie van oorstand;
- tepelhofconstructie na borstamputatie.

Voorwaarden

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend.
- De behandeling moet worden uitgevoerd door een door ons gecontracteerde zorgverlener.

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

35.2 Zonder medische indicatie

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

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

Artikel 36 Acnebehandeling

Wij vergoeden de kosten van een acnebehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist moet met de specialisatie 'Acne' geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 185,- per persoon per 5 kalenderjaren
4 sterren	maximaal € 370,- per persoon per 5 kalenderjaren

Artikel 37 Camouflagetherapie

Wij vergoeden de kosten van camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de kosten van de daarbij gebruikte middelen.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De schoonheidsspecialist moet met de specialisatie 'Camouflage' geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 38 Epilatie behandeling

Wij vergoeden aan vrouwen waarbij sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbehandling de kosten van elektrische of laserepilatie behandelingen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Voorwaarden

- Wij vergoeden de kosten alleen indien de behandeling is voorgeschreven door een arts.
- In geval van laserepilatie moet deze worden uitgevoerd in een door ons erkende laserkliniek of door een huidtherapeut die door ons erkend is.
- De schoonheidsspecialist moet met de specialisatie 'Elektrisch epilieren' geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	75% tot maximaal € 500,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering
4 sterren	75% tot maximaal € 1.000,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering

Artikel 39 Thuiszorg voor gehandicapten en chronisch zieken

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

Voorwaarde

De zorg moet worden geleverd door de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten in Houten, de Stichting verzorgt tevens de aanvraag.

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

Artikel 40 Vakantiehotels en vaarvakanties voor gehandicapten en chronisch zieken

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

Voorwaarden

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

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

Artikel 41 Orthodontie tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een door ons gecontracteerde orthodontist of door een door ons gecontracteerde tandarts.

Uitsluiting

In geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid, vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging van die voorziening.

1 ster	geen dekking
2 sterren	50% tot maximaal € 920,- voor maximaal 24 behandelmaanden voor de gehele duur van de verzekering
3 sterren	75% tot maximaal € 1.375,- voor maximaal 24 behandelmaanden voor de gehele duur van de verzekering
4 sterren	75% tot maximaal € 1.500,- voor maximaal 24 behandelmaanden voor de gehele duur van de verzekering

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

Wij vergoeden aan verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een door ons gecontracteerde tandarts of door een kaakchirurg.

1 ster	geen dekking
2 sterren	100% tot maximaal € 225,- per persoon per kalenderjaar
3 sterren	100% tot maximaal € 450,- per persoon per kalenderjaar
4 sterren	100% tot maximaal € 900,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 43 Tandheelkundige zorg - prothesen

Wij vergoeden de kosten van de op basis van de Beter Af Polis in rekening gebrachte eigen bijdrage bij tandheelkundige prothesen.

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

Artikel 44 Preventieve onderzoeken

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

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

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

Artikel 45 Preventieve cursussen

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

- afvallen, georganiseerd door een Achmea health Center of een gecontracteerde thuiszorginstelling;
 - hartproblemen, georganiseerd door een gecontracteerde thuiszorginstelling;
 - stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health, gecontracteerde lasertherapeuten waaronder Prostop Lasertherapie of een gecontracteerde thuiszorginstelling;
 - de 'Vrij van alcohol' training, georganiseerd door De Helderheid;
 - eerste hulp bij kinderongevallen, georganiseerd door een gecontracteerde thuiszorginstelling of plaatselijke EHBO-vereniging;
 - babymassage, georganiseerd door een gecontracteerde thuiszorginstelling;
 - EHBO, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging en die opleidt tot het diploma 'eerste hulp' van het Oranje Kruis;
 - Basis Reanimatiecursus via de Nederlandse Hartstichting.
- Wij kunnen u informeren over de plaatsen waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

Voorwaarde

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

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

Artikel 46 Overgangsconsulent

Wij vergoeden het consulttarief van een overgangsconsult. Bij het eerste consult krijgt u tevens een jaarabonnement op het tijdschrift rondom de overgang 'Women's Care'.

Voorwaarde

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women.

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

Artikel 47 Leefstijltrainingen

Wij vergoeden per kalenderjaar de kosten van maximaal één leefstijltraining georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum te Dalfsen. De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

- training voor hartpatiënten;
- training voor whiplashpatiënten;
- training voor mensen met burn out;
- training stressreductie bij mensen met stotterproblemen.

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of logopedist (stotterproblemen).

1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	maximaal één leefstijltraining per persoon per kalenderjaar, eigen bijdrage € 100,-
4 sterren	maximaal één leefstijltraining per persoon per kalenderjaar, eigen bijdrage € 100,-

Artikel 48 Sportmedisch onderzoek

Wij vergoeden in een door ons gecontracteerde sportmedische instelling:

- maximaal eenmaal per 2 kalenderjaren de kosten van een sportmedisch onderzoek. Er geldt een eigen bijdrage die afhankelijk is van de uitgebreidheid van het onderzoek;
- maximaal twee maal per kalenderjaar de kosten van een blessureconsult of herhalingsconsult.

Wij kunnen u informeren over de instellingen waar u deze behandelingen kunt laten uitvoeren.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van (verplichte) sportkeuringen.

1 ster	sportmedisch onderzoek: eigen bijdrage per onderzoek: Basis € 15,-, Basis Plus € 30,-, Uitgebreid € 45,- blessure- en/of herhalingsconsult: 100%
2 sterren	sportmedisch onderzoek: eigen bijdrage per onderzoek: Basis € 15,-, Basis Plus € 30,-, Uitgebreid € 45,- blessure- en/of herhalingsconsult: 100%
3 sterren	sportmedisch onderzoek: eigen bijdrage per onderzoek: Basis € 15,-, Basis Plus € 30,-, Uitgebreid € 45,- blessure- en/of herhalingsconsult: 100%
4 sterren	sportmedisch onderzoek: eigen bijdrage per onderzoek: Basis € 15,-, Basis Plus € 30,-, Uitgebreid € 45,- blessure- en/of herhalingsconsult: 100%

Beter Af Tandarts Polis

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen. Wij vergoeden de kosten van consulten (C-codes), mondhygiëne (M-codes), vullingen (V-codes) en extracties (H-codes) voor 100%. Wij vergoeden de kosten van de overige behandelingen voor 75%. De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket.

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van de volgende codes:

- C70 en C75 (keuringsrapporten) en C90 (niet nagekomen afspraak);
- E97, E98 en E00 (uitwendig bleken van tanden en kiezen);
- D-codes (orthodontie).

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een door ons gecontracteerde tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist(e).

Beter Af Tandarts Polis 1 ster

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

Beter Af Tandarts Polis 2 sterren

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

Beter Af Tandarts Polis 3 sterren

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

Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket

Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname in de verzekerde klasse. Wij vergoeden uitsluitend de kosten die een ziekenhuis conform de rechtsgeldige CTG-tarieven declareert.

U kunt kiezen voor een Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket 2A of 2B.

Indien het Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket is afgesloten en u wordt opgenomen in de derde klasse, dan vergoeden wij voor verzekerden van 18 jaar en ouder € 70,- per dag dat u bent opgenomen in die klasse, tot maximaal € 4.600,- per kalenderjaar. Om in aanmerking te komen voor deze vergoeding moet u contact met ons opnemen.

Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Indien u wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling en u ondergaat daar een door ons gecontracteerde medische behandeling, dan vergoeden wij de extra kosten in verband met een klassenkamer. Wij vergoeden ook de kosten van een eventuele honorariumtoeslag.

Indien u wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling en u ondergaat daar een niet door ons gecontracteerde medische behandeling, dan vergoeden wij maximaal € 20,- per dag van de extra kosten in verband met een klassenkamer. Een eventuele honorariumtoeslag komt niet voor vergoeding in aanmerking.



Zilveren Kruis | achmea

Je eerste zorg is je gezondheid.