



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Eigen risico, eigen bijdrage, hoogte betalingsachterstand, paramedische zorg, alternatieve geneeswijzen, Cranio Sacraal Therapie (CST), vergoeding lidmaatschapsgeld NVP

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017-2019, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.6, 2.17 en Bijlage 1 Bzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017-2019

Zaaknummer : 201900816

Zittingsdatum : 4 december 2019




Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A. Kroon, mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,



tegen

- 
- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, beide handelend onder de naam 'Pro Life', hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 
- 2.1. Bij klachtenformulier van 27 maart 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 september 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 19 september 2019 aan verzoekster gezonden.
- 
- 2.3. Bij brief van 3 oktober 2019 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019046937) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht over de vergoeding van Cranio Sacrale Therapie (CST). Een afschrift is op 3 oktober 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 december 2019 gehoord.
- 
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 9 december 2019 heeft het Zorginstituut verklaard dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
- 
- 2.6. Bij e-mailbericht van 10 december 2019 heeft verzoekster betaalbewijzen overgelegd, waaruit volgt dat zij het lidmaatschapsgeld voor de NPV in de jaren 2015 tot en met 2019 heeft voldaan. Een afschrift van het e-mailbericht is op 11 december 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 
- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Principe Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Largepolis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 
- 3.2. Bij brief van 19 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar € 516,-- bij verzoekster in rekening gebracht. Dit bedrag is opgebouwd uit € 385,-- aan eigen risico in verband met farmaceutische zorg die aan verzoekster is geleverd en een eigen bijdrage van € 131,-- voor hulpmiddelenzorg.
- 
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 28 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.4. Bij brief van 3 oktober 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
"(...) In het document 'KNGF standpunten ten aanzien van therapieën' van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) is aangegeven dat CST niet past binnen het domein van fysiotherapie. De beroepsgroep rekent de zorg niet tot het aanvaarde aanbod van zorg. Op grond daarvan kan geconcludeerd worden dat CST geen zorg is zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. CST komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) De ziektekostenverzekeraar geen eigen risico bij haar in rekening mag brengen voor de farmaceutische zorg die aan haar is geleverd;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar geen eigen bijdrage bij haar in rekening mag brengen voor de hulpmiddelenzorg die aan haar is geleverd;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar geen eigen bijdrage bij haar in rekening mag brengen voor een uitneembare volledige gebitsprothese;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een incassobureau heeft ingeschakeld;
- (v) de ziektekostenverzekeraar is gehouden over het over de periode van 2015 tot heden betaalde lidmaatschapsgeld voor de NPV te vergoeden;
- (vi) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de Cranio Sacrale Therapie (CST) volledig te vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2017-2019).

5.2. De commissie behandelt geen geschillen waarover zij eerder een oordeel heeft gegeven. In dit verband tekent de commissie aan dat zij in het bindend advies van 8 maart 2017 (Gcz, SKGZ201601015) reeds een oordeel gaf over de aanspraak op CST en het verschuldigde eigen risico en de eigen bijdrage in de jaren 2015 en 2016. Hierover zal de commissie zich in dit bindend advies niet opnieuw uitlaten.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het eigen risico, de eigen bijdrage en de aanspraak op paramedische zorg zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Eigen risico en eigen bijdrage

6.2. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 19 maart 2019 ten onrechte € 385,-- aan eigen risico en € 131,-- aan eigen bijdrage van haar heeft gevorderd. Verzoekster is van mening dat zij geen eigen risico is verschuldigd voor medicatie die aan haar wordt verstrekt in verband met haar chronische aandoeningen. Verder is zij van mening dat zij geen eigen bijdrage is verschuldigd voor aan haar geleverd orthopedisch schoeisel en voor een bij haar geplaatste

volledige uitneembare gebitsprothese. De ziektekostenverzekeraar betwist dit en stelt dat de verschuldigdheid van het eigen risico en de eigen bijdragen wettelijk is geregeld.

- 6.3. In artikel 6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering (2019) staat dat over het kalenderjaar 2019 een bedrag van € 385,- aan wettelijk verplicht eigen risico is verschuldigd. De ziektekostenverzekeraar dient, wanneer hij kosten die vallen onder het eigen risico aan een zorgaanbieder vergoedt, conform artikel 6.10 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering de gedeclareerde kosten eerst te verrekenen met het openstaande verplicht eigen risico. Door verzoekster is erkend dat aan haar in 2019 medicatie is geleverd vanwege haar chronische aandoeningen. Farmaceutische zorg is niet uitgesloten van het wettelijk verplicht eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft dit dan ook terecht bij haar in rekening gebracht. Verzoekster dient het bedrag van € 385,- dan ook aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.
- 6.4. In artikel 4 van de zorgverzekering (2019) staat wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde recht heeft op hulpmiddelen, waaronder orthopedisch schoeisel. De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen en de eventuele verschuldigdheid van een wettelijke eigen bijdrage is nader uitgewerkt in het 'Reglement Hulpmiddelen' van de ziektekostenverzekeraar. Uit artikel 4.2.3. van het betreffende reglement volgt dat een verzekerde van 16 jaar en ouder een wettelijke eigen bijdrage is verschuldigd van € 131,- per paar schoenen dat aan hem of haar wordt verstrekt. Dit artikel is gebaseerd op artikel 2.33, derde lid, sub a, Rzv. Verzoekster heeft erkend dat aan haar orthopedisch schoeisel is verstrekt, hetgeen betekent dat de ziektekostenverzekeraar de wettelijke eigen bijdrage van € 131,- rechtsgeldig bij haar in rekening heeft gebracht. Zij dient dit bedrag dan ook aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.
- 6.5. In artikel 10 van de zorgverzekering (2019) staat wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde recht heeft op tandheelkundige zorg, waaronder het laten maken en plaatsen van een uitneembare volledige gebitsprothese. Voor de prothese geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Voor de prothese op implantaten geldt een wettelijke bijdrage van 8% voor de bovenkaak en van 10% voor de onderkaak. Deze polisvoorwaarde is gebaseerd op artikel 2.31, tweede en derde lid, Rzv. Hoewel uit het dossier niet is op te maken welke prothese precies aan verzoekster is verstrekt en in welk jaar dit is gebeurd, is het uitgangspunt dat hiervoor een eigen bijdrage bij verzoekster in rekening mocht worden gebracht. De eigen bijdrage voor uitneembare gebitsprothesen was namelijk ook in de jaren vóór 2019 aan de orde.

Incassobureau

- 6.6. Verzoekster heeft verklaard dat de ziektekostenverzekeraar een incassobureau heeft ingeschakeld om openstaande rekeningen bij haar te innen. De gevolgen van niet tijdig betalen zijn opgenomen in artikel 9.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Uit dit artikel volgt dat de ziektekostenverzekeraar in een dergelijke situatie administratiekosten, incassokosten en wettelijke rente bij een verzekerde in rekening kan brengen. Overigens staat het de ziektekostenverzekeraar in deze situatie ook vrij de openstaande vorderingen over te dragen aan een incassobureau die deze vorderingen vervolgens namens hem int.

Vergoeding lidmaatschapskosten van de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV)

- 6.7. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de lidmaatschapskosten van de NPV aan haar te vergoeden op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering, maar dit sinds 2015 ten onrechte niet heeft gedaan. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat de lidmaatschapskosten worden vergoed tot maximaal € 25,- per persoon per kalenderjaar op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Om voor deze vergoeding in aanmerking te komen, moet een verzekerde een bewijs van lidmaatschap en een bewijs van betaling overleggen. Verzoekster heeft deze stukken wel ingediend voor de jaren 2011 tot en met 2014, maar niet voor de jaren hierop volgend. Om die reden is aan haar wel een vergoeding toegekend voor de jaren 2011 tot en met 2014, maar niet meer vanaf 2015.

Tijdens de hoorzitting is met verzoekster afgesproken dat zij alsnog in de gelegenheid wordt gesteld om bewijs van betaling van de nota's van de NVP over te leggen. Zij heeft hierna bewijsstukken ingediend waaruit blijkt dat zij deze betalingen in de jaren 2015 tot en met 2019 heeft gedaan. De ziektekostenverzekeraar moet de kosten van het lidmaatschap voor deze jaren vergoeden op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Cranio Sacraal Therapie (CST)

- 6.8. Verzoekster stelt dat zij in de jaren 2017 tot en met 2019 CST heeft ondergaan en dat zij deze therapie ontvangt van een manueel therapeut. Zij is van mening dat de betreffende therapie om die reden niet kan worden aangemerkt als een alternatieve therapie of geneeswijze. De betreffende therapie moet worden aangemerkt als fysiotherapie, waarvoor zij een chronische indicatie heeft. Om die reden moeten de behandelingen volledig worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar stelt dat CST niet is aan te merken als reguliere fysiotherapie, maar dat sprake is van een alternatieve therapie. Alternatieve therapieën of geneeswijzen worden niet vergoed ten laste van de zorgverzekering. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster recht op een vergoeding voor alternatieve therapieën tot een bedrag van € 40,-- per dag en tot maximaal € 440,-- per kalenderjaar. De CST die ten behoeve van verzoekster is gedeclareerd, is overeenkomstig dit artikel vergoed.
- 6.9. Uit het advies van het Zorginstituut van 3 oktober 2019 volgt dat CST niet is aan te merken als fysiotherapie. Dit standpunt baseert het Zorginstituut op het document 'KNGF standpunten ten aanzien van therapieën' van april 2014 dat door het Koninklijk Nederlands Genootschap van Fysiotherapie (KNGF). Uit het document volgt dat CST niet past binnen het domein van fysiotherapie. Anders dan verzoekster veronderstelt, is deze therapie derhalve niet aan te merken als reguliere fysiotherapie en valt deze onder de alternatieve geneeswijzen. Dat de betreffende therapie in de situatie van verzoekster wordt uitgevoerd door een manueel therapeut maakt dit niets anders. Er bestaat geen aanspraak op alternatieve geneeswijzen op grond van de zorgverzekering. Een eventuele vergoeding dient om die reden te worden gebaseerd op de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.10. De commissie overweegt dat verzoekster op grond van artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2017-2019) recht heeft op een vergoeding voor consulten van € 40,-- per dag tot maximaal € 440,-- per kalenderjaar. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld - en door verzoekster niet gemotiveerd bestreden - dat aan haar in de jaren 2017 tot en met 2019 een vergoeding is toegekend overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster heeft geen recht op een andere of hogere vergoeding.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- 1) Verzoekster het in rekening gebrachte eigen risico en de eigen bijdrage moet voldoen;
 - 2) de ziektekostenverzekeraar een incassobureau mocht inschakelen om de in rekening gebrachte bedragen te innen;
 - 3) verzoekster geen recht heeft op vergoeding van CST als fysiotherapie;
 - 4) de ziektekostenverzekeraar de lidmaatschapskosten van de NVP voor de jaren 2015 tot en met 2019 moet vergoeden op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Zeist, 18 december 2019,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Besluit zorgverzekering

§ 2. Het eigen risico

Artikel 2.17

- 1 Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
 - a. verloskundige zorg en kraamzorg,
 - b. zorg zoals huisartsen die plegen te bieden,
 - c. zorg als bedoeld in [artikel 2.10](#),
 - d. zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de [Wet marktordening gezondheidszorg](#) vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen,
 - e. nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in [artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d](#), is verstreken, en
 - f. de kosten van vervoer, bedoeld in [artikel 2.5, tweede lid](#).
- 2 De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in [artikel 11 van de wet](#) geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:
 - a. de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder,
 - b. de verzekerde een bij ministeriële regeling aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma volgt, voor zover dat programma is aangewezen door de zorgverzekeraar en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
 - c. de verzekerde gebruik maakt van door de zorgverzekeraar aangewezen farmaceutische zorg of hulpmiddel.
- 3 De dag, bedoeld in [artikel 19, vierde lid, van de wet](#), is 31 december.
- 4 In afwijking van het derde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de in het derde lid genoemde dag is ingediend.

Artikel 2.18

- 1 De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten het vrijwillig eigen risico.
- 2 Onder kosten van inschrijving worden verstaan:
 - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de [Wet marktordening gezondheidszorg](#) als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of de 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 eerderbedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

Artikel 2.19

Het percentage, bedoeld in [artikel 21, eerste lid, van de wet](#), bedraagt 100.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.31

- 1 De eigen bijdrage voor zorg als bedoeld in [artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering](#), voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, bedraagt een bedrag ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is.
- 2 De eigen bijdrage bedraagt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening, bedoeld in [artikel 2.7, vijfde lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering](#), vijftientig procent van de kosten van die voorziening.
- 3 In afwijking van het tweede lid geldt voor een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, een eigen bijdrage van:
 - a. tien procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de onderkaak;
 - b. acht procent van de kosten van die voorziening, indien het gaat om een prothetische voorziening voor de bovenkaak.
- 4 De eigen bijdrage voor reparaties of overzetting van een uitneembare volledige prothetische voorziening bedraagt tien procent van de kosten van die reparatie of overzetting.

Artikel 2.33

- 1 Indien de aanschaffingskosten van hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van haar hoger zijn dan € 436 bedraagt de eigen bijdrage het verschil tussen de aanschaffingskosten en dat bedrag.
- 2 De eigen bijdrage voor een hoortoestel of tinnitusmaskeerder voor een verzekerde van achttien jaar of ouder bedraagt vijftientig procent van de aanschaffkosten.
- 3 De eigen bijdrage voor orthopedische en allergeenvrij schoenen bedraagt:
 - a. € 131 per paar, indien de verzekerde zestien jaar of ouder is;
 - b. € 65,50 per paar, indien de verzekerde jonger is dan zestien jaar.

- 4 De eigen bijdrage voor lenzen en brillenglazen bedraagt:
 - a. € 58,50 per lens, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur langer dan een jaar;
 - b. € 117 per kalenderjaar, indien sprake is van lenzen met een gebruiksduur korter dan een jaar. Ingeval slechts één oog dient te worden gecorrigeerd bedraagt de eigen bijdrage € 58,50 per kalenderjaar;
 - c. € 58,50 per brillenglas, met een maximum van € 117 per kalenderjaar.

5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

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

5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

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

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

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

5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

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

Let op! Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

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

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

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

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

Let op! Verhuist u binnen Nederland? Dan moet u dit tijdig doorgeven aan uw gemeente. Voor onze administratie is de Basisregistratie Personen (BRP) leidend.

6 Wat is uw verplicht eigen risico?

6.1 Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit bedrag is. In 2019 is het verplicht eigen risico € 385,- per verzekerde per kalenderjaar.

6.2 Eerste € 385,- van uw zorgkosten betaalt u zelf

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw recht op zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 385,-.

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

6.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

- a de kosten van zorg of overige diensten die in 2019 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2020 ontvangen;
- b de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
- c de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- d de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:
 - 1 het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
 - 2 vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;



- e de kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
- f de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- g de kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
- h de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel 29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

6.4 Verplicht eigen risico is vrijgesteld

Van het verplicht eigen risico hebben wij de volgende kosten vrijgesteld:

- a de directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek;
- b de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma vallend onder artikel 41 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'. Dit geldt alleen wanneer u het programma afneemt bij een gecontracteerde zorgverlener, anders dan een huisarts, medisch specialist of klinisch psycholoog.

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

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Deze bedragen staan los van het verplicht eigen risico en tellen dus niet mee voor het volmaken van de € 385,- aan verplicht eigen risico die wij inhouden.

6.6 Verplicht eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

Wordt u 18 jaar in de loop van het kalenderjaar? Dan gaat uw verplicht eigen risico in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Hoe hoog uw verplicht eigen risico dan is, hangt af van over hoeveel dagen wij verplicht eigen risico mogen inhouden.

6.7 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

6.8 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van het aantal dagen van het kalenderjaar dat u wel verzekerd was.

6.9 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

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

6.10 Verplicht eigen risico in mindering brengen

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

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

7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?

7.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het 'Premieoverzicht 2019' op onze website. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis.

7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op uw vergoeding. Dit doen wij nadat wij het volledige verplicht eigen risico hierop in mindering hebben gebracht. Het gaat om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u (verzekeringnemer) kiest naast het verplicht eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Hierdoor is uw totale eigenrisicobedrag (€ 385,- + € 500,- =) € 885,-. Ontvangt uw zorgverlener € 950,- van ons voor zorg die u heeft ontvangen? Dan brengen wij hierop het totale eigenrisicobedrag in mindering. Deze € 885,- wordt automatisch van de rekening van de verzekeringnemer afgeschreven (zie ook artikel 6.10 van deze algemene voorwaarden).

7.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen vrijwillig gekozen eigen risico

Wij houden geen vrijwillig gekozen eigen risico in op:

- a de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
- b de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- c de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan we:
 - 1 het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
 - 2 vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met een huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;



- d nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
- e de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- f ketenzorg die gedeclareerd wordt volgens de Beleidsregel prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
- g de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

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

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Deze bedragen staan los van het vrijwillig gekozen eigen risico en tellen dus niet mee voor het gekozen bedrag aan eigen risico dat wij inhouden.

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

Wordt u 18 jaar in de loop van het kalenderjaar? Dan gaat uw vrijwillig gekozen eigen risico in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Hoe hoog uw vrijwillig gekozen eigen risico dan is, hangt af van over hoeveel dagen wij vrijwillig gekozen eigen risico mogen inhouden.

7.6 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

7.7 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico op basis van het aantal dagen van het kalenderjaar dat u wel verzekerd was.

7.8 Vrijwillig gekozen eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

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

7.9 Vrijwillig gekozen eigen risico in mindering brengen

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

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

7.10 Vrijwillig gekozen eigen risico wijzigen

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

8 Wat betaalt u?

8.1 Wij stellen uw premie vast

8.1.1 Wij stellen vast hoe hoog de premie van uw basisverzekering is.

De verschuldigde premie is de premiegrondslag min een eventuele korting vanwege een vrijwillig gekozen eigen risico en/of een eventuele collectiviteitskorting. Beide kortingen berekenen wij op basis van de premiegrondslag.

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

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

8.2 U (verzekeringnemer) betaalt de premie

U (verzekeringnemer) moet de premie vooruitbetalen. U mag de premie die u (verzekeringnemer) moet betalen, niet verrekenen met uw vergoeding.

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

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

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

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

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

8.4 Afschrijving 14 dagen van tevoren aangekondigd

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

9 Wat gebeurt er als u niet op tijd betaalt?

9.1 Er zijn regels voor hoe u de premie betaalt

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

9.2 Wij verrekenen achterstallige premie en/of eigen risico met schadekosten en pgb

Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie en/of eigen risico aan ons betalen, en declareert u schadekosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie en/of eigen risico met de schadekosten. Wij verrekenen achterstallige premie en/of eigen risico ook met uw declaraties uit uw Zvw-pgb.

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

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

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

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

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

9.5 Uitzondering op artikel 9.4

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

10 Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?

10.1 Betalingsregeling als u uw premie 2 maanden niet heeft betaald

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

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

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

10.2 Betalingsregeling als u (verzekeringnemer) een ander verzekert

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

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

10.3 Verzekerde(n) ontvangen kopieën van informatie over betalingsregeling

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

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

Heeft u (verzekeringnemer) 4 maanden geen maandpremie betaald (exclusief administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente)?

Dan ontvangen u (verzekeringnemer) en uw medeverzekerden een bericht dat wij van plan zijn u (verzekeringnemer) aan te melden bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK), zodra u (verzekeringnemer) 6 maanden of langer geen maandpremie heeft betaald. Melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het CAK? Dan gaat het CAK een bestuursrechtelijke premie bij u (verzekeringnemer) innen.

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



Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;

b toeslagen voor:

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

c verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Hulpmiddelen

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Principe Polis of Principe Polis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Principe Polis Restitutie? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

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

Voorwaarden voor het recht op hulpmiddelen

De nadere voorwaarden voor vergoeding van hulpmiddelen staan in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig. U kunt hiervoor direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. In artikel 4 van het Reglement Hulpmiddelen staat voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen moet u wel vooraf onze toestemming vragen. Hierbij beoordelen wij of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Bij niet-gecontracteerde leveranciers moet u altijd vooraf onze toestemming vragen. In sommige gevallen worden de hulpmiddelen in bruikleen aan u gegeven. Dit staat in het Reglement Hulpmiddelen. In dat geval wijken wij af van dit artikel onder a en artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Heeft u een hulpmiddel nodig dat deel uitmaakt van medisch-specialistische zorg? Dan heeft u geen recht op hulpmiddelen op basis van dit artikel.

Deze hulpmiddelen vallen onder artikel 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Bestelt u uw hulpmiddelen bij een leverancier met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een leverancier die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke leveranciers wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op.

Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Principe Polis of Principe Polis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Principe Polis Restitutie? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

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

- 3 Wij moeten u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
 - extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose;
 - correctie van de kaak in combinatie met een extractie;
 - osteotomie (kaakoperatie);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw);
 - het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
 - plastische chirurgie.
- 4 Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde kaakchirurg

Let op! Wilt u zorg van een kaakchirurg met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een kaakchirurg die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke kaakchirurgen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

10 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten) al dan niet op implantaten

U heeft recht op het laten maken, plaatsen, repareren en rebasen van de volgende prothesen:

- a een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak;
- b een uitneembare volledige immediaatprothese;
- c een uitneembare volledige vervangingsprothese;
- d een uitneembare volledige overkappingsprothese op natuurlijke elementen;
- e een volledige prothese (klikgebit) op implantaten voor boven- en/of onderkaak en bevestigingsmaterialen (zoals drukknoppen en staven).

Voor de prothesen (a t/m d) geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Voor de prothese op implantaten (e) geldt een wettelijke eigen bijdrage van 8% voor de bovenkaak en van 10% voor de onderkaak. De eigen bijdrage voor een combinatie van een prothese op implantaten op de ene kaak en een niet implantaat-gedragen prothese op de andere kaak (code J50) is 17%. Voor de bevestigingsmaterialen (zoals drukknoppen en staven) op implantaten (e) geldt een wettelijke eigen bijdrage van 8% voor de bovenkaak en van 10% voor de onderkaak.

Laat u een volledige immediaatprothese, een bestaande uitneembare volledige prothese, een bestaande volledige overkappingsprothese of een prothese op implantaten repareren of rebasen? Dan geldt een wettelijke eigen bijdrage van 10%.

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

Voorwaarden voor het recht op uitneembare volledige prothesen

- 1 Een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de behandeling uitvoeren.
- 2 Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, tandarts-specialist of tandprotheticus u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus kan u alleen verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde als u een uitneembare volledige prothese heeft voor de onder- én bovenkaak.
- 3 Als de prothese binnen 5 jaar (de hierboven genoemde prothesen a, c en d) of een immediaatprothese (b) binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- 4 Wij hanteren een maximum bedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen. Laat u een volledige boven- of een volledige onderprothese maken en plaatsen? En zijn de techniek- en materiaalkosten hoger dan ons maximumbedrag? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- 5 Laat u een nieuwe volledige prothese (klikgebit) op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor boven- en/of onderkaak maken? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Dit is niet nodig voor de reparatie en rebasing van een uitneembare volledige prothese op implantaten die ouder is dan 5 jaar.
- 6 U heeft recht op reparaties aan een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak, uitneembare volledige immediaatprothese of uitneembare volledige vervangingsprothese door een tandtechnicus, als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in de prothese waarbij de delen van de prothese eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan de prothese.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen de volledige overkappingsprothese en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels).

11 Implantaten

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dat u zonder het plaatsen van implantaten geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben zonder deze aandoening? En is er sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak? Dan heeft u recht op de tandheelkundige implantaten die nodig zijn ter bevestiging van een uitneembare volledige prothese (klikgebit).

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

Vergoedingen aanvullende verzekeringen

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

Alternatief

1 Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen

De kosten van consulten of behandelingen van alternatief genezers of therapeuten die wij vergoeden zijn:

Alternatief algemeen

- a acupunctuur
- b homeopathie
- c kinesiologie
- d natuurgeneeswijzen
- e orthomoleculaire geneeskunde

Alternatieve geneeswijzen (bewegingsapparaat)

- a chiropractie
- b haptotherapie
- c manuele geneeskunde/orthomanipulatie
- d orthopedische geneeskunde
- e osteopathie

Alternatieve geestelijke hulpverlening (mentale gezondheid)

- a haptotherapie
- b integratieve en/of lichaamsgerichte psychotherapie
- c vaktherapie

Daarnaast vergoeden wij de kosten van homeopathische geneesmiddelen.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Uw alternatief genezer of therapeut moet een geldige AGB-code hebben (deze kunt u nakijken op www.agbcode.nl) en zijn aangesloten bij een beroepsvereniging die voldoet aan onze criteria. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria, maakt deel uit van deze polis. Wij vergoeden alleen consulten of behandelingen die vallen onder het specifieke gebied waarvoor de beroepsvereniging in het overzicht is opgenomen. U vindt het overzicht met beroepsverenigingen op onze website of u kunt dit overzicht bij ons opvragen.
- 2 Het consult moet plaatsvinden in het kader van een medische behandeling.
- 3 Het consult is op individuele basis; het is dus alleen voor u.
- 4 De homeopathische geneesmiddelen moeten als homeopathisch geneesmiddel in Nederland geregistreerd zijn en staan in de G-standaard van de Z-index. De G-standaard is een database waarin alle geneesmiddelen staan die verkrijgbaar zijn via de apotheek.
- 5 De homeopathische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek die wij gecontracteerd hebben. Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op.
- 6 Wij vergoeden de kosten van homeopathische geneesmiddelen alleen als een arts deze heeft voorgeschreven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	homeopathische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatief genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 320,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen en/of homeopathische geneesmiddelen samen.
Large	homeopathische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatief genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 440,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen en/of homeopathische geneesmiddelen samen.
Extra Large	homeopathische geneesmiddelen 100%, consulten van alternatief genezers of therapeuten maximaal € 40,- per dag. Maximaal € 600,- per persoon per kalenderjaar voor alternatieve behandelingen en/of homeopathische geneesmiddelen samen.



Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van voedingssupplementen of geneesmiddelen.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

45.8 Zelfhulpprogramma IncoCure

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met incontinentie-problemen de kosten van het online behandelingstraject van IncoCure.

Dit zelfhulpprogramma bestaat uit een digitale vragenlijst, waarna u online een diagnose krijgt. U krijgt behandeladvies op maat. Voor het invullen van de vragenlijst kunt u rechtstreeks naar de website van IncoCure: www.incocure.com.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal € 15,- per persoon per kalenderjaar
Large	maximaal € 15,- per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal € 15,- per persoon per kalenderjaar

45.9 Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal 1 basis leefstijltraining voor:

- hartpatiënten;
- whiplashpatiënten;
- mensen met stress- en burn-outgerelateerde klachten.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.
- De cursus moet zijn georganiseerd door Leefstijl Training & Coaching (LTC).

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal € 1.250,- per persoon per kalenderjaar

45.10 health Check

Wij vergoeden de kosten van de health Check (preventieve gezondheidstest).

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Wij vergoeden deze zorg bij verpleegkundigen van Care for Human die wij hiervoor hebben gecontracteerd of een andere aanbieder waarmee wij afspraken hebben gemaakt. Wilt u een afspraak maken met een verpleegkundige van Care for Human? Ga dan naar hun website. Kiest u voor een aanbieder die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke aanbieder(s) wij afspraken hebben gemaakt? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op.

Vergoeding

Small	1 keer per persoon per kalenderjaar
Medium	1 keer per persoon per kalenderjaar
Large	1 keer per persoon per kalenderjaar
Extra Large	1 keer per persoon per kalenderjaar

46 Lidmaatschap patiëntenvereniging en ouderenbond

Wij vergoeden de lidmaatschapskosten van een patiëntenvereniging en/of ouderenbond.

Voorwaarden voor vergoeding

- Deze moeten dan wel aangesloten zijn bij de Patiëntenfederatie Nederland of Ieder(in). Hieronder vallen ook de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV), Way of Life (NVP Jongeren), Helpende Handen, Dit Koningskind, Op weg met de ander, het Landelijk Platform GGZ (LPGGz) en de KBO-PCOB.
- U moet een betalingsbewijs, waaruit blijkt dat u lid bent geworden of een geldig bewijs van lidmaatschap, aan ons geven. Een bankafschrift moet op naam gesteld zijn.

Vergoeding

Small	maximaal € 25,- per persoon per kalenderjaar
Medium	maximaal € 25,- per persoon per kalenderjaar
Large	maximaal € 25,- per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal € 25,- per persoon per kalenderjaar