

Polisvoorwaarden 2016

Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen

Principe Polis (Restitutie), aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen



Voor meer informatie kijk op
www.prolife.nl/polisvoorwaarden

PROLIFE
zorgverzekeringen

Polisvoorwaarden Pro Life

Dit zijn de voorwaarden van de basisverzekeringen en de aanvullende verzekeringen van Pro Life Zorgverzekeringen

Welke basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen bieden wij aan?

Wij bieden de volgende basisverzekeringen aan:

- de Principe Polis (natura verzekering)
- de Principe Polis Restitutie (restitutie verzekering)

Daarnaast bieden wij de volgende aanvullende verzekeringen aan:

- Small-, Medium-, Large en Extra Largepolis
- Tand Small, Tand Medium en Tand Large

Deze polisvoorwaarden zijn op al deze verzekeringen van toepassing. Wilt u weten welke verzekeringen u heeft afgesloten? Kijk dan op uw polisblad.

De overheid bepaalt de inhoud van onze basisverzekeringen

Dit wordt vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en de daarbij behorende regelgeving. Elke zorgverzekeraar moet zich hier strikt aan houden. De zorg die in de basisverzekering zit, is daardoor voor iedereen in Nederland gelijk. De basisverzekeringen zijn zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet.

Wat is het verschil tussen een natura en een restitutieverzekering?

Heeft u een natura verzekering? Dan heeft u recht op zorg (in "natura"). Heeft u een restitutieverzekering? Dan heeft u recht op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg.

Hoe staat dit verschil beschreven in de polisvoorwaarden?

Deze voorwaarden gelden voor alle soorten basisverzekeringen. Ongeacht de basisverzekering die u heeft, spreken wij in deze voorwaarden steeds over 'het recht op zorg, medicijnen of hulpmiddelen'.

Heeft u een natura verzekering? Dan moet u hier lezen dat u 'recht heeft op zorg, medicijnen of hulpmiddelen (in "natura")'. Heeft u een restitutieverzekering? Dan moet u hier lezen dat u 'recht heeft op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg, medicijnen of hulpmiddelen'.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners

Het hebben van een natura- of restitutieverzekering heeft verder gevolgen voor de hoogte van de vergoeding als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, instelling of leverancier gaat. Meer over deze lagere vergoeding en gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgverleners, instellingen en leveranciers leest u in artikel 4 van het hoofdstuk 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Voordelen van gecontracteerde zorg

Wij hebben met een groot aantal zorgverleners, zorginstellingen en leveranciers contracten afgesloten. Wat zijn de voordelen als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat?

- De gecontracteerde zorgverlener stuurt de rekening direct naar ons. U merkt hier dus niets van.
- Ongeacht de polis die u heeft, wordt de rekening volledig vergoed als u daar volgens de polisvoorwaarden recht op heeft. Het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico en de (wettelijke) eigen bijdragen worden op de vergoeding in mindering gebracht.
- De gecontracteerde zorgverleners voldoen aan de door ons gestelde kwaliteitseisen.

Hoe zit het met gecontracteerde zorg en niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekeringen?

Voor de aanvullende verzekeringen geldt dat u recht heeft op vergoeding (restitutie) van de kosten van zorg. Toch kan het voor de aanvullende verzekering zo zijn dat u een lagere vergoeding krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat. Als dit zo is staat dit bij het artikel in het hoofdstuk 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen' beschreven. In dat geval staat er ook bij hoe hoog deze lagere vergoeding is. Ook kan het in de aanvullende verzekering zo zijn dat wij de zorg alléén vergoeden als deze door ons gecontracteerde zorgverleners wordt verleend. U krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners dan niets vergoed. Ook dit staat dan beschreven in deze voorwaarden.

Hoe vindt u een gecontracteerde zorgverlener?

Het is dus belangrijk om te weten met welke zorgverleners wij wel of geen contract hebben. Wilt u weten met welke zorgverleners en zorginstellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op.

Pro Life is een zorgverzekeraar voor iedereen en werkt vanuit een christelijke visie

Wij zien het leven als een wonder, een geschenk van God. Daarom verdient ieder leven zorg, aandacht en bescherming. De Principe Polis (Restitutie), is hierop gebaseerd. Daarom vergoeden wij geen medische handelingen die het leven beëindigen of ingrijpend veranderen. Vanuit onze overtuiging bieden wij toegang tot christelijke zorg.

Er zijn behandelingen die wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- abortus provocatus, behalve wanneer het leven van de moeder in gevaar is
- opzettelijk levensbeëindigend handelen
- in-vitrofertilisatie (IVF) waarbij geslachtscellen worden gebruikt die niet van de wettelijke partner zijn
- IVF waarbij sprake is van restembryo's
- kunstmatige inseminatie met donorsperma (KID)
- geslachtsveranderende ingrepen
- genetisch onderzoek waarbij het doden van een ongeboren vrucht aan de orde kan zijn

Voor bepaalde behandelingen gelden beperkingen

- een aantal alternatieve geneeswijzen en therapieën worden niet vergoed. Pro Life vergoedt uitsluitend alternatieve geneeswijzen die door de Pro Life Raad en het Lindeboom Instituut zijn beoordeeld
- antroposofische geneesmiddelen worden niet vergoed
- cosmetische/plastische chirurgie zonder medische indicatie wordt niet vergoed, met uitzondering van de correctie van de oorstand
- koperhoudende spiraaltjes, morning-after pil en andere anticonceptiva met een mogelijke abortieve werking worden niet vergoed

U kunt kiezen voor christelijke zorg

- Bij christelijke zorg kunt u denken aan:
- pastoraal-therapeutische zorg in herstellingsoorden
- psychosociale hulp door een christelijke behandelaar
- IVF volgens een protocol waarbij geen restembryo's ontstaan
- kraamzorg
- verblijf in een hospice
- extra zorg rondom het levenseinde
- een levenswensverklaring
- natuurlijke vruchtbaarheidsmethoden
- advies van een Vertrouwensarts bij medisch-ethische vragen

Welke informatie vindt u in deze voorwaarden?

In deze voorwaarden leest u welke zorg u wel en niet vergoed krijgt uit de basisverzekeringen en de aanvullende verzekering(en).

De voorwaarden zijn als volgt ingedeeld:

- het alfabetisch overzicht van de verzekerde zorg
- de Algemene voorwaarden basisverzekeringen (algemene informatie over de basisverzekering, zoals de premie, het eigen risico en waar u zich aan moet houden)
- de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' (op welke zorg u recht heeft en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn);
- de 'Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen'
- de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'

Hoe vindt u de zorg die u zoekt?

Uw zorg kan vergoed worden uit uw basisverzekering en/of uw aanvullende verzekering(en). De verzekerde zorg van de basisverzekeringen vindt u op pagina 24 t/m 44. De vergoedingen van de aanvullende verzekeringen vindt u op pagina 48 t/m 67.

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

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

- 1 U zoekt 'Diëtetiek' op onder de 'D' in de 1ste kolom van de inhoudsopgave.
- 2 In de 2de en 3de kolom 'Basisverzekering' vindt u het artikel- en paginanummer van de vergoeding voor 'Diëtetiek' vanuit de basisverzekering. In artikel 35 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' leest u vervolgens waar u recht op heeft. Ook leest u in artikel 35 aan welke voorwaarden u moet voldoen en welke uitsluitingen er zijn.
- 3 In de 4de en 5de kolom vindt u het artikel- en paginanummer van de vergoeding voor 'Diëtetiek' vanuit de aanvullende verzekering.

Let op! De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering komt boven op de vergoeding vanuit de basisverzekering. In artikel 46.1 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen' leest u vervolgens waar u, afhankelijk van het type aanvullende verzekering dat u heeft afgesloten, recht op heeft.

Toestemming nodig?

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

Verplicht eigen risico

De basisverzekering heeft voor iedereen van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico voor 2016 is door de overheid vastgesteld op € 385,-. U betaalt geen eigen risico voor:

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

In artikel 6 van het hoofdstuk 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' leest u meer over het verplicht eigen risico (zie pag. 12).

Vrijwillig gekozen eigen risico

Naast het verplicht eigen risico kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Dit betekent dat u uw eigen risico kunt verhogen met € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,-. Uw premie voor uw basisverzekering wordt hierdoor lager. In artikel 7 van het hoofdstuk 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' leest u meer over het vrijwillig gekozen eigen risico (zie pag. 15).

Wat vindt u waar?

Deze voorwaarden zijn als volgt ingedeeld:

	Blz.
Inhoudsopgave	6
Alfabetisch overzicht verzekerde zorg	7
Algemene voorwaarden basisverzekeringen	11
Begripsbepalingen basisverzekeringen	20
Verzekerde zorg basisverzekeringen	24
Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen	45
Begripsbepalingen aanvullende verzekeringen	47
Vergoedingen aanvullende verzekeringen	48

Inhoudsopgave

Algemene voorwaarden basisverzekeringen

Art.	Inhoud	blz
1	Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?	11
2	Wat verzekert de basisverzekering voor wie is deze bedoeld?	11
3	Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?	11
4	Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?	12
5	Wat zijn uw verplichtingen?	13
6	Wat is uw verplicht eigen risico?	14
7	Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?	15
8	Wat betaalt u?	15
9	Wat gebeurt er als u de premie niet op tijd betaalt?	16
10	Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?	16
11	Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?	17
12	Wanneer gaat uw basisverzekering in?	17
13	Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?	18
14	Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?	18
15	Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?	19
16	Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling?	19
17	Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?	19
18	Heeft u een klacht?	19
19	Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?	20
20	Wat zijn de gevolgen van fraude?	20
21	Begripsbepalingen	20

Verzekerde zorg basisverzekeringen

Botten, spieren en gewrichten	24
Fysiotherapie en oefentherapie	25
Hulpmiddelen	26
Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten	27
Mond en tanden (mondzorg)	28
Ogen en oren	31
Psychische zorg	32
Spreken en lezen	34
Vervoer	34
Ziekenhuis, behandeling en verpleging	35
Zwanger (worden)/baby/kind	40
Overig	43

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

Art.	Inhoud	blz
1	Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?	45
2	Wat verzekert de aanvullende verzekering?	45
3	Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?	46
4	Wat betaalt u?	46
5	Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?	46
6	Wanneer gaat uw aanvullende verzekering in? En hoe wijzigt u deze?	46
7	Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?	46
8	Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?	46
9	Hoe gaan wij om met materiële controle?	47
10	Begripsbepalingen	47

Vergoedingen aanvullende verzekeringen

Alternatief	48
Botten, spieren en gewrichten	48
Buitenland	50
Fysiotherapie en oefentherapie	53
Huid	54
Hulpmiddelen	55
Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten	56
Mond en tanden (mondzorg)	57
Ogen en oren	58
Psychische zorg	59
Spreken en lezen	59
Vervoer	60
Ziekenhuis, behandeling en verpleging	60
Zwanger (worden)/baby/kind	62
Overig	64

Vergoedingen tandartsverzekeringen

68

Alfabetisch overzicht vergoedingen

Vergoeding	Basisverzekering Principe Polis (Restitutie)		Aanvullende verzekeringen	
	Artikel	Blz	Artikel	Blz
Acnebehandeling			11.1	54
Adoptie-kraamzorg of medische screening bij adoptie			33	62
Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen			1	48
Ambulancevervoer	19	34		
Anticonceptiva (wettelijke eigen bijdrage)	5	27	13.3	56
Astmacentrum (Nederlands) te Davos (Zwitserland)	20	35		
Audiologisch centrum	13	31		
Beademing	22	36		
Bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	3.3	26		
Besnijdennis (circumcisie)			26	60
Bevalling en verloskundige zorg	30	40	34	62
Beweegprogramma's			3	48
Bewegen in extra verwarmd water bij reuma			4	49
Borstvoedingsadvies			39	63
Brillen en contactlenzen			19	58
Buitenland (zorg)			9	51
Buitenland niet-spoedeisende zorg			9.3	52
Buitenland spoedeisende zorg			9.1	51
Buitenland spoedeisende farmaceutische zorg			9.2	51
Camouflagetherapie			11.2	54
Circumcisie (besnijdennis)			26	60
Contactlenzen			19	58
Correctie bovenoogleden			22.1	59
Correctie oorstand voor verzekerden tot 18 jaar			22.2	59
Counseling (uitleg over prenatale screening)	34	42		
Diëtetiek	35	43	47.1	65
Elektrische borstkolf			39	62
Epilatie behandeling			11.3	54
Erfelijkheidsonderzoek en -advisering	21	36		
Ergotherapie	1	24	2	48
Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten (eigen bijdrage)	5	27	13.1	56
Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar	3.2	25	10.2	53
Fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	3.1	25	10.1	53
Gasthuis, overnachting nabij een ziekenhuis (bij poliklinische behandeling)			30	61
Gasthuis, verblijf- en reiskosten gezinsleden bij opname verzekerde			29	61
Generalistische Basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder	15	32		
Geneesmiddelen (eigen bijdrage)	5	27	13.1	56
Geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden			13.4	57
Geriatrische revalidatie	26.2	38		
Gewichtsconsulent			47.2	65
Handspalk			12.8	56
Herstellingsoorden of Zorghotel			44	64
Heupondersteuningsband bij zwangerschap			36	62

Vergoeding	Basisverzekering Principe Polis (Restitutie)		Aanvullende verzekeringen	
	Artikel	Blz	Artikel	Blz
Hoofdbedekking of Toupim bij een medische behandeling of alopecia (haarverlies)			12.2	55
Hoortoestel (eigen bijdrage)			20	58
Hospice			45	64
Huidverzorging			11	54
Huisartsenzorg	36	43		
Hulpmiddelen	4	26	12	55
Implantaten (uitneembare volledige prothese (kunstgebit))	10	30		
Invriezen (vitricatie) van menselijke eicellen	31.4	41		
In-vitrofertilisatie (IVF)	31	40		
Kaakchirurgie	8	29		
Ketenzorg bij diabetes mellitus type 2, COPD, astma en/of VRM	37	43		
Kinderopvang tijdens en na ziekenhuisopname ouder(s)			46	65
Kraampakket			37	62
Kraamzorg	32	42	38	61
Kraamzorg (extra)/huishoudelijke hulp			38.5	63
Kraamzorg (uitgestelde)			38.4	63
Kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische indicatie (eigen bijdrage)	32	42	38.3	63
Kraamzorg thuis (eigen bijdrage of in een geboorte- of kraamcentrum)			38.2	63
Kunsttepel of mamillaprothese (maatwerktepelprothese)			12.5	55
Lactatiekundige zorg (borstvoedingsadvies)			39	63
Leefstijlinterventies			47	65
Leefstijltrainingen			47.6	66
Lensimplantatie			21	58
Lidmaatschap patiëntenvereniging en ouderenbond			48	66
Logopedie	18	34		
Lymfoedeem	3.1	25	10	53
Mammaprint			27	61
Mamillaprothese (maatwerktepelprothese)			12.5	55
Mantelzorgvervanging voor gehandicapten en chronisch zieken			49	66
Manuele lymfdrainage			10	53
Mechanische beademing	22	36		
Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten	5	27	13	56
Medisch specialistische zorg en verblijf	29	39		
Medische screening bij adoptie			33	62
Melatonine			13.2	56
Nierdialyse (thuis)	23	36		
Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT)	34	42		
Niet-klinische gespecialiseerde GGZ (Tweedelijns GGZ) voor verzekerden van 18 jaar en ouder	16	33		
Obesitasbehandeling			28	61
Oedeemtherapie (huidtherapie)	3.1	25	10	53
Oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar	3.2	25	10	53
Oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder	3.1	25	10	53
Oncologieonderzoek bij kinderen	33	42		
Ooglaseren			21	58
Orgaantransplantaties	24	36		

Vergoeding	Basisverzekering Principe Polis (Restitutie)		Aanvullende verzekeringen	
	Artikel	Blz	Artikel	Blz
Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen	6	28		
Orthodontie (beugel)			14	57
Overgangsconsulent			47.4	66
Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus			30	61
Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisverblijf			29	61
Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden bij zorgbemiddeling naar België of Duitsland			9.5	52
Partusassistentie door kraamverzorgende (eigen bijdrage)			38.1	62
Pedicurezorg reumatische-, diabetische- of medische voet			5	49
Persoonlijke alarmeringsapparatuur			12.3	55
Plakstrips mammaprothese			12.4	55
Plastische chirurgie	25	37	22	59
Plaswekker			12.6	55
Podotherapie/podologie/podoposturale therapie en (sport)steunzolen			6	50
Prenatale screening	34	42		
(Preventieve) cursussen			47.3	65
Prothese (kunstgebit) op implantaten	10.2	30		
Prothesen (kunstgebitten)	9	29		
Pruiken (eigen bijdrage)			12.1	55
Psychiatrische ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder	17	33		
Psychosociale hulp (kortdurend)			23	59
Psychosociale hulpverlening (christelijk)			23	59
Psychotherapie	15	32		
Revalidatie	26	37		
Second opinion	27	38		
<i>Uit tandartsverzekering</i>				
Sperma invriezen	31.3	41		
Sportarts			50	66
Sportmedisch onderzoek			51	67
Sportmedische instelling			51	67
Sterilisatie			31	61
Steunzolen			6	50
Stoppen-met-roken-programma	38	43		
Stottertherapie			24	59
Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO)	34	42		
Tandartsverzekeringen				
Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder			17	58
Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen	12	31		
Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar	7	28		
Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten			16	57
Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder – kaakchirurgie	8	29		
<i>Uit tandartsverzekering</i>				
Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder – eigen bijdrage uitneembare volledige prothesen (kunstgebitten)	9	29	15	57
<i>Uit tandartsverzekering</i>				
Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap	11	30		
Tandheelkundige zorg - uitgestelde fronttandvervanging met implantaten voor verzekerden van 18 tot 24 jaar			18	58

Vergoeding	Basisverzekering Principe Polis (Restitutie)		Aanvullende verzekeringen	
	Artikel	Blz	Artikel	Blz
TENS bij bevalling			40	63
Terminale zorg door vrijwilligers thuis			52	67
Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten			53.2	67
Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen			53.1	67
Thuisdialyse	23	36		
Toupim of hoofdbedekking bij een medische behandeling of alopecia (haarverlies)			12.2	55
Trans-therapie			12.7	56
Transplantaties van organen en weefsels	24	36		
Trombosedienst	39	44		
Repatriëring			7	50
Uitgestelde kraamzorg			38.4	63
Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland			8	51
Verloskundige zorg (eigen bijdrage)	30	40	34	62
Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)	28	38		
Vervoer van zieken	19	34	25	60
Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)			7	50
Vervoerskosten (eigen bijdrage)			25.1	60
Vervoerskosten bij zorgbemiddeling naar België of Duitsland			9.4	52
Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of diëtist			47.2	65
Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus	2	24		
Vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (andere)	31.2	41		
Vruchtbaarheidsmethoden			41	63
Zelfstandig behandelcentrum	29	39		
Zelfhulpprogramma IncoCure			47.5	66
Zelfhulpprogramma (Slimmer Zwanger)			42	64
Ziekenhuiszorg	29	39		
Zintuiglijke gehandicaptenzorg	14	31		
Zorghotel			44	64
Zorg voor vrouwen			47.4	66
Zwangerschapscursus			43	64
2e Arts Online			32	61

Algemene voorwaarden basisverzekeringen

Artikel 1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- a de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- b het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- c de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- d het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bevoegd om viermaal per jaar zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" toe te wijzen. Daarom kunnen wij u in deze voorwaarden geen actueel overzicht van deze zorg geven. Voor het meest actuele overzicht verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/Hoofdstuk2/1/11/Artikel22/>

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

Artikel 2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- a verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- b verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich voor de basisverzekering aan bij ons, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

Artikel 3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- a een gewapend conflict;
- b een burgeroorlog;
- c een opstand;
- d binnenlandse onlusten;
- e oproer en mouterij.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, griep prik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- a keuringen;
- b griep prikken;
- c behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- d behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- e behandelingen met sterilisatie als doel;
- f behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- g behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie);
- h het afgeven van doktersverklaringen;
- i abortus provocatus, uitgezonderd de vitale indicatie;
- j opzettelijk levensbeëindigend handelen;
- k in-vitrofertilisatie (IVF) waarbij er sprake is van restembryo's;
- l IVF waarbij geslachtscellen van anderen dan de wettelijke partner worden gebruikt;
- m Kunstmatige Inseminatie met Donorsperma (KID);
- n geslachtsveranderende ingrepen;
- o genetisch onderzoek waarbij het doden van een ongeboren vrucht aan de orde kan zijn.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.

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

U heeft geen recht op:

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

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

3.4 Laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

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

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

3.5 Kosten van behandeling die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet uzelf behandelen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen recht op deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u behandelt? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de behandeling uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

3.6 Zorg die voortvloeit uit terrorisme

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

Artikel 4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

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

4.2 Gecontracteerde zorgverleners

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons. 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.

Omzetplafonds

- 1 Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners. Dit houdt in dat zorgverleners in een kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
- 2 Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u samen met de zorgverlener verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U moet met een dergelijk verzoek van ons instemmen.
- 3 Via de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
- 4 Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorggids te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat de gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2016, niet dezelfde hoeven te zijn als de gecontracteerde zorgverleners per (bijvoorbeeld) 1 december 2016. Houdt u hier rekening mee.

Let op! Heeft u een restitutiepolis? Dan hebben omzetplafonds geen gevolgen voor uw recht op vergoeding. Wel kan het bijvoorbeeld zo zijn dat u nota's in het vervolg zelf moet indienen.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

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 uw basisverzekering. Hieronder geven wij per (soort) basisverzekering aan welke vergoeding er geldt bij niet-gecontracteerde zorgverleners.

Let op! dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende verzekering. In artikel 2.1 van het hoofdstuk 'Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen' leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekering geldt.

4.3.1 Naturapolis (Principe Polis)

Heeft u een naturapolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan heeft u recht op een vergoeding van 100% van de kosten van die zorg. Wij vergoeden de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij 100% van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

4.3.2 Restitutiepolis (Principe Polis Restitutie)

Heeft u een restitutiepolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van 100% van de kosten van die zorg. Wij vergoeden de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij 100% van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

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

4.3.3 Vergoeding van spoedeisende zorg

Heeft u spoedeisende zorg nodig en wordt die op dat moment verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u, ongeacht de polis die u heeft, recht op een vergoeding van 100% van de kosten van die zorg. Dit doen wij tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij 100% van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Let op! Start u na deze spoedeisende zorg een nieuwe planbare behandeling? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis Pro Life afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening zelf moet betalen.

4.4 Soms moet u iets terugbetalen

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

4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

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

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

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

Artikel 5 Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaaft u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

5.2 Algemene verplichtingen

U heeft recht op zorg als u aan de volgende verplichtingen voldoet:

- a Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
- rijbewijs;
 - paspoort;
 - Nederlandse identiteitskaart;
 - vreemdelingendocument.

- b Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- c U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.
- d U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- e U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- f U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.
- g U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

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 (ingangdatum) 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. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen.

5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld. Let op! Om te bepalen of u recht heeft op 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 één van de andere verzekerden? Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 1 maand aan ons doorgeven. Het gaat hierbij om alle gebeurtenissen die van betekenis kunnen zijn voor een juiste uitvoering van de basisverzekering. Denk aan eindigende verzekeringsplicht, verhuizing, wijziging van uw rekeningnummer (IBAN), echtscheiding, overlijden of langdurig verblijf in het buitenland. Als wij aan u (verzekeringnemer) een bericht sturen aan uw laatst bekende adres, dan mogen wij ervan uit gaan dat dit bericht u (verzekeringnemer) heeft bereikt.

Artikel 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 eigenrisicobedrag is. In 2016 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 WVS 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:

- de kosten van zorg of overige diensten die in 2016 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2017 ontvangen;
- 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;
- de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:
 - 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);
 - 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;

- 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;
- de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- de kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebepaling multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
- 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'.

6.4 Verplicht eigen risico is vrijgesteld

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

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

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de 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, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u nog een bedrag aan verplicht eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. 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.

Artikel 7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?

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

7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op 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:

- 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;
- de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan we:
 - 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);
 - 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;
- 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;
- de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- ketenzorg die gedeclareerd wordt volgens de Beleidsregel prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
- 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, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. 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.

Artikel 8 Wat betaalt u?

8.1 Wij stellen uw premie vast

- 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.
- 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.
- 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. De automatische incasso van de premie kondigen wij 1 keer per jaar aan op het polisblad dat u van ons ontvangt.

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

9.1 Er zijn regels voor hoe u de premie betaalt

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

9.2 Wij verrekenen achterstallige premie met schadekosten en pgb

Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie aan ons betalen, en declareert u schadekosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie met de schadekosten. Wij verrekenen achterstallige premie ook met uw declaraties uit uw persoonsgebonden budget verpleging en verzorging.

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

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

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

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

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

9.5 Uitzondering op artikel 9.4

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

Artikel 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.

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

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

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

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

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

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

- a de verschuldigde premie;
- b de vordering op grond van zorgkostennota's;
- c de wettelijke rente;
- d eventuele incassokosten;
- e eventuele proceskosten.

Als wij u (verzekeringnemer) hebben afgemeld bij het CAK, wordt de bestuursrechtelijke premie-inning stopgezet. In plaats daarvan betaalt u (verzekeringnemer) de nominale premie weer aan ons.

10.8 Wat wij aan u (verzekeringnemer) en het CAK melden

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

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

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

In deze polisvoorwaarden gaan wij ervan uit dat wetsvoorstel 34 203 (Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten in verband met de overgang van een aantal taken van het Zorginstituut Nederland naar het CAK) per 1 januari 2016 in werking treedt. Wij hebben daarom het Zorginstituut Nederland vervangen door het CAK. Mocht de wetwijziging niet doorgaan of later worden ingevoerd moet u daar waar CAK staat Zorginstituut Nederland lezen.

Artikel 11 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

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

11.2 Als uw premiegrondslag wijzigt

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

11.3 Als de voorwaarden wijzigen en/of uw recht op zorg wijzigt

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

Artikel 12 Wanneer gaat uw basisverzekering in?

12.1 De ingangsdatum staat op het polisblad

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

12.2 Al verzekerd? Dan kan de verzekering later ingaan

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

12.3 Afsluiten binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht ontstaat

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

12.4 Verzekering kan tot 1 maand gelden met terugwerkende kracht

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

12.5 Uw basisverzekering wijzigen

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

12.6 Afspraken over ingangsdatum bij collectiviteitskorting

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

Artikel 13 Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?

13.1 Uw basisverzekering herroepen

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

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

13.2 Uw basisverzekering beëindigen

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

- a U (verzekeringnemer) kunt een brief of e-mail sturen waarin u (verzekeringnemer) uw basisverzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De basisverzekering eindigt dan op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Heeft u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- b U (verzekeringnemer) kunt gebruikmaken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een basisverzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering op.
- c Heeft u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf verzekerd en heeft deze verzekerde een andere basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) een brief of e-mail sturen om deze verzekering voor de verzekerde op te zeggen. Is deze opzegging bij ons binnen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering? Dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.
- d Het kan zijn dat u (verzekeringnemer) overstapt van de ene naar de andere collectieve basisverzekering, omdat u (verzekeringnemer) een dienstverband heeft beëindigd en/of een nieuw dienstverband bent aangegaan. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering dan opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand;
- e Het kan ook zijn dat uw deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie stopt. De reden van opzegging kan dan ófwel zijn dat u (verzekeringnemer) gaat deelnemen aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, ófwel dat u (verzekeringnemer) aan een collectieve basisverzekering gaat deelnemen omdat u (verzekeringnemer) een nieuw dienstverband heeft. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering

opzeggen tot 30 dagen nadat uw deelname aan het collectief is gestopt. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand.

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

Artikel 14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

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

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

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

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

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

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

In deze polisvoorwaarden gaan wij ervan uit dat wetsvoorstel 34 203 (Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten in verband met de overgang van een aantal taken van het Zorginstituut Nederland naar het CAK) per 1 januari 2016 in werking treedt. Wij hebben daarom het Zorginstituut Nederland vervangen door het CAK. Mocht de wetswijziging niet doorgaan of later worden ingevoerd moet u daar waar CAK staat Zorginstituut Nederland lezen.

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

- 15.1** Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:
- a zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
 - b vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
 - c Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.
- De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

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

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- a de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- b het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- c het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

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

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

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

15.4 Nota's uit het buitenland

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

Artikel 16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

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

Artikel 17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

- 17.1** Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.
- 17.2 U heeft een meldingsplicht**
Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.
- 17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden**
U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

Artikel 18 Heeft u een klacht?

- 18.1** Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Klantsignaalmanagement. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachtenregistratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 15 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per faxbericht. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 15 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

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

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen.

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

18.6 Klachten over formulieren

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

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie? Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

Artikel 19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea B.V. behorende bedrijven :

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

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

19.2 Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten

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

- schriftelijk bij Pro Life Zorgverzekeringen, postbus 709, 3800 AS Amersfoort;
- via telefoonnummer 033 422 81 88;
- via het contactformulier op onze website www.prolife.nl/contact.

19.3 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

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

19.4 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

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

verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer

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

Artikel 20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

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

- onder valse voorwendselen;
- op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:

- een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
- een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

20.2 Bij fraude geen vergoeding

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- aangifte doen bij de politie;
- uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
- u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
- uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

Artikel 21 Begripsbepalingen

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

Apotheek

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

Arts

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

Basisverzekering

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

Bedrijfsarts

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

Bekkenfysiotherapeut

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

Bureau Jeugdzorg

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

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

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

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

Contract met preferentiebeleid

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

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)-zorgproduct

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

Diëtist

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

Ergotherapeut

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

EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechoë, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld.

De EER-staten (staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte) zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Farmaceutische zorg

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
- advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, een en ander rekening houdend met het Reglement Farmaceutische Zorg dat wij hebben vastgesteld.

Fysiotherapeut

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

ook verstaan een heilgymnast-masseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

Geboortecentrum

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

Generalistische Basis GGZ

Zorg voor mensen met een niet-complexe psychische stoornis. De betrokkenheid van een gezondheidszorgpsycholoog, psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of een verpleegkundig specialist (uitsluitend voor het product Basis GGZ chronisch (BC) binnen een voor de Basis GGZ gecontracteerde instelling of praktijk) is nodig.

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg

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

Gezin

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

Gezondheidszorgpsycholoog

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

GGZ-instelling

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

Huidtherapeut

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

Huisarts

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

Hulpmiddelenzorg

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

IDEA-contract

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

Jeugdarts

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

Kaakchirurg

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

Kalenderjaar

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

Ketenzorg

Een zorgprogramma georganiseerd rondom een bepaalde aandoening.

Kinder- en jeugdpsycholoog

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

Klinisch psycholoog

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

Kraamcentrum

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

Kraamzorg

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

Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een wettelijk toegelaten laboratorium.

Logopedist

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

MDO-constructie GGZ

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

Medisch adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

Medisch specialist

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

Mondhygiënist

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

Multidisciplinaire samenwerking

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

Oefentherapeut

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

Optometrist

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

Orthodontist

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

Orthopedagoog-generalist

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

Podotherapeut

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

Polisblad

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

Preferente geneesmiddelen

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

Privékliniek

Een privékliniek is een behandelcentrum zonder WTZi-toelating.

Psychiater

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

Psychotherapeut

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

Revalidatie

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

Specialist ouderengeneeskunde

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

Spoedeisende zorg

Van spoedeisende zorg is sprake als de beoordeling of behandeling van klachten niet langer dan enkele uren tot een dag kan wachten om gezondheidsschade of zelfs overlijden te voorkomen.

Tandarts

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

Tandprotheticus

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

Tertiaire verwijzing

Een patiënt wordt voor zijn oorspronkelijke zorgvraag door zijn behandelend medisch specialist doorverwezen naar een andere zorginstelling.

U/uw

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

Uitsluitingen

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

Verblijf

Opname met een duur van 24 uur of langer in een (psychiatrisch) ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord wanneer en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis, revalidatie-instelling of herstellingsoord kunnen worden geboden.

Verdragsland

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

Verloskundige

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

Verwijzing/Verklaring

Een verwijzing/verklaring is uiterlijk 1 jaar geldig.

Verzekerde

Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.

Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met ons is aangegaan.

Wet BIG

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

Wij/ons

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., de verzekeraar van Pro Life Zorgverzekeringen.

Wijkverpleegkundige

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

Wlz

Wet langdurige zorg.

Wmo

Wet maatschappelijke ondersteuning.

Zelfstandig behandelcentrum

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

Ziekenhuis

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

Zorggroep

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

Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling die zorg verleent.

Zorgverzekeraar

De verzekeringsonderneming die als zodanig is toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet aanbiedt. Voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst is dat Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. die statutair gevestigd is te Utrecht, KvK-nummer: 30208637 en geregistreerd is bij de AFM onder nummer 12001027.

Zorgvraag

de klacht waarmee de verzekerde zich in eerste instantie wendt tot de specialist (=hoofdbehandelaar). De hoofdbehandelaar opent voor deze zorgvraag een zorgtraject. Alle declaraties die kunnen worden herleid tot de oorspronkelijke zorgvraag en/of het zorgtraject worden gezien als één zorgvraag.

Verzekerde zorg basisverzekeringen

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

Botten, spieren en gewrichten

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Principe Polis? 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.

Artikel 1 Ergotherapie

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

Voorwaarden voor het recht op ergotherapie

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

Soms bij gecontracteerde ergotherapeuten geen verklaring nodig

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op toeslagen voor:

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ergotherapeut

Let op! Wilt u zorg van een ergotherapeut met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een ergotherapeut 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 ergotherapeuten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ergotherapeuten vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 2 Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus

Heeft u diabetes mellitus (suikerziekte)? Dan heeft u recht op voetzorg. De inhoud van de voetzorg die u ontvangt, is afhankelijk van uw zorgprofiel. Uw zorgprofiel wordt bepaald door de huisarts, door de internist of door een specialist ouderengeneeskunde. Voor de beoordeling hiervan gaat de arts uit van de Simm's classificatie en de eventuele overige medische risico's.

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

- Zorgprofiel 1: Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek door een podotherapeut.
- Zorgprofiel 2: Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door een podotherapeut. Controle afspraken, educatie en stimuleren van zelfmanagement. Preventieve voetzorg ter voorkoming van ulcussen, deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een voor deze zorg gekwalificeerde pedicure.
- Zorgprofiel 3: Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door een podotherapeut. Toepassen van podotherapeutische therapie of therapieën en podotherapeutische controle consult door een podotherapeut. Preventieve voetverzorging en instrumentele behandeling bij druk en wrijvingsproblemen om het risico op een ulcus te minimaliseren. Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een voor deze zorg gekwalificeerde pedicure.
- Zorgprofiel 4: Jaarlijks podotherapeutisch voetonderzoek en het opstellen van een behandelplan door podotherapeut. Toepassen van podotherapeutische therapie of therapieën en podotherapeutisch controle consult door podotherapeut. Preventieve voetverzorging en instrumentele behandeling bij druk en wrijvingsproblemen huid en nagels met als doel dat de huid intact blijft, zodat het risico op een ulcus laag blijft. Deze zorg kan door de podotherapeut worden gedelegeerd aan een voor deze zorg gekwalificeerde pedicure.

De voetzorg waar u volgens deze polis recht op heeft, is geregeld via ketenzorg of via zorgverleners buiten de zorgketen. Voor de voetzorg via ketenzorg verwijzen we u naar artikel 37 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Voorwaarden voor het recht op voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus

- 1 Wij stellen de volgende voorwaarden aan de podotherapeut:
 - De podotherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici;
 - De podotherapeut kan voor preventieve voetverzorging pedicures inschakelen die als medisch pedicure geregistreerd staan in het Kwaliteit Register voor Pedicures (KRP) van ProCert of hierin staan met de kwalificatie Diabetische Voet (DV) of (pedicure) chiropodisten/pedicures in de zorg die geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo. De podotherapeut is de hoofdbehandelaar. De podotherapeut declareert de kosten rechtstreeks bij ons. Ook als de pedicure de behandeling doet.
- 2 U heeft een verklaring nodig van de huisarts, internist of specialist ouderengeneeskunde. In deze verklaring wordt vastgelegd in welk zorgprofiel u bent ingedeeld. Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op voetzorg.
- 3 Op de nota moet de podotherapeut het Zorgprofiel en de prestatieomschrijving vermelden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure als u diabetes mellitus heeft en recht heeft op de bijbehorende ketenzorg waarin voetzorg is opgenomen. Deze voetbehandelingen vallen dan onder de ketenzorg (zie artikel 37 ketenzorg van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen');
- hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen. U kunt dit reglement vinden op onze website of bij ons opvragen;
- voetverzorging (pedicurebehandeling), wanneer u geen zorgprofiel heeft, of zorgprofiel 1 heeft. Als u Zorgprofiel 1 heeft, dan heeft u wellicht recht op vergoeding uit uw aanvullende verzekering;
- voetscreening door de huisarts. Deze voetscreening valt onder huisartsenzorg (zie artikel 36 huisartsenzorg van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Fysiotherapie en oefentherapie

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Principe Polis? 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.

Artikel 3 Fysiotherapie en oefentherapie

U heeft recht op fysiotherapie en oefentherapie. Hieronder leest u om welke zorg het gaat en welke voorwaarden er voor het recht op deze zorg gelden.

3.1 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder? Dan heeft u recht op de 21e behandeling (per aandoening) en de daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut. Het moet dan wel gaan om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering". U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen ook een maximale behandelperiode opgenomen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

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

Voorwaarden voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- de eerste 20 behandelingen per aandoening. Loopt uw behandeling voor deze aandoening door over het kalenderjaar heen? Dan betaalt u niet opnieuw de eerste 20 behandelingen zelf;
- een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enige doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren;
- zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut 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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

3.2 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? En heeft u een aandoening die voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering"? Dan heeft u recht op alle behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen een maximale behandelperiode opgenomen. U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen.

Is manuele lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut.

Heeft u een aandoening die niet voorkomt op de door de minister van VWS vastgestelde lijst? Dan heeft u recht op 9 behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut. Dit zijn 9 behandelingen per aandoening per kalenderjaar. Heeft u na deze 9 behandelingen meer behandelingen nodig, omdat u nog steeds last heeft van de aandoening? Dan heeft u recht op maximaal 9 extra behandelingen. Dit geldt alleen als de extra behandelingen medisch noodzakelijk zijn. In totaal heeft u dus recht op maximaal 18 behandelingen.

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

Voorwaarden voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie

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

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten geen verklaring nodig

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

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

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

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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

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

Voorwaarde voor het recht op bekkenfysiotherapie

Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op bekkenfysiotherapie.

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 bekkenfysiotherapeut 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 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? 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.

Artikel 4 Hulpmiddelen

U heeft recht op:

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

Voorwaarden voor 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 29 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde leverancier

Let op! Bestelt u uw hulpmiddelen bij een leverancier met wie u geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een leverancier die u wel 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 u een contract hebben? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op. Een lijst met de 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? 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.

Artikel 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.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

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

- geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en op verzoek van een arts als bedoeld in die bepaling, binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht. Deze geneesmiddelen moeten bestemd zijn voor een patiënt van die arts die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

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

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

- De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegde verpleegkundige (nadat dit ministerieel is geregeld).
- Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Dieetpreparaten mogen ook geleverd worden door andere medisch gespecialiseerde leveranciers.
- Zijn er identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij hebben aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen geneesmiddel. Namelijk als het medisch niet verantwoord is om u te behandelen met het geneesmiddel dat wij hebben aangewezen. De voorschrijver (zie onder 1) moet op het recept aangeven dat er sprake is van een medische indicatie en moet dit kunnen onderbouwen. Meer informatie hierover leest u in de Begrippenlijst van het Reglement Farmaceutische Zorg.
- U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:
 - u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
 - u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
 - is voldaan aan de aanvullende voorwaarden voor vergoeding die staan in bijlage 2 bij de Regeling zorgverzekering. Bijlage 2 wordt regelmatig gewijzigd. Ook tijdens het lopende polisjaar. U kunt de meest actuele bijlage met de voorwaarden vinden op internet: <http://wetten.overheid.nl>; tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op vind; klik op Regeling zorgverzekering; klik in de lijst links onderaan op Bijlage 2;
 - als ze zijn voorgeschreven door een jeugdarts, medisch specialist of diëtist. De huisarts kan dieetpreparaten alleen voorschrijven bij allergieën die met een provocatie-eliminatietest vastgesteld zijn.

In artikel 4.4 van het Reglement Farmaceutische Zorg staan nog een aantal aanvullende bepalingen voor het recht op specifieke geneesmiddelen. U heeft alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan deze bepalingen.

Voorwaarden voor het recht op (deel)prestaties

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

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

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op de volgende geneesmiddelen en/of (deel) prestaties farmacie:

- a anticonceptiva met een mogelijke abortieve werking en anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder, tenzij er een medische indicatie voor is. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- b geneesmiddelen en/of adviezen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- c farmaceutische zorg waarover in de Regeling zorgverzekering staat dat u daar geen recht op heeft;
- d geneesmiddelen voor onderzoek die staan in artikel 40, derde lid, onder b van de Geneesmiddelenwet;
- e geneesmiddelen die staan in artikel 40, derde lid, onder f van de Geneesmiddelenwet;
- f geneesmiddelen die therapeutisch gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel;
- g zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u zonder recept kunt kopen;
- h alle (deel)prestaties farmacie die niet onder de verzekerde zorg vallen. De beschrijvingen per (deel)prestatie farmacie vindt u in het Reglement Farmaceutische Zorg;
- i homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen;
- j niet geregistreerde allergenen, tenzij de behandeling met een geregistreerd allergeen niet mogelijk is. U heeft alleen recht op een niet geregistreerd allergeen op basis van een door ons afgegeven machtiging op individuele basis.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde apotheek

Let op! Ontvangt u farmaceutische zorg van een apotheek met wie wij geen contract hebben? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een apotheek 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 apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde apotheken vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Mond en tanden (mondzorg)

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Principe Polis? 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.

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

Artikel 6 Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen

Is er bij u sprake van een zodanige ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, dat u zonder orthodontische behandeling geen tandheelkundige functie kunt houden of krijgen, gelijkwaardig aan de tandheelkundige functie die u zou hebben zonder deze aandoening? Dan heeft u recht op deze behandeling. **Let op!** In andere gevallen valt orthodontie niet onder de basisverzekering. Hiervoor kunt u een aanvullende verzekering afsluiten.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

Artikel 7 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u recht op de volgende tandheelkundige behandelingen:

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

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar

- 1 De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus. Deze moet bevoegd zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.

- 2 Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, tandarts-specialist of een huisarts.
- 3 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor fronttandvervanging met een implantaat en voor de prothetische vervolgbehandeling (kroon of brug).
- 4 U heeft alleen recht op het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 6 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'). U heeft hiervoor dan al toestemming van ons gekregen.
- 5 Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel 6, 11 of 12 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a het beslijpen en/of fluorideren van een melkelement;
- b orthodontie. Dit valt, met uitzondering van de bijzondere orthodontie zoals omschreven in artikel 6 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen', niet onder de basisverzekering. Dit kan uit een aanvullende verzekering vergoed worden.

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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

U heeft recht op chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek. Dit eventueel in combinatie met een verblijf in een ziekenhuis. U heeft echter geen recht op parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat (zie artikel 10.1 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen') en een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken) door een kaakchirurg (deze kan uit de aanvullende tandartsverzekering worden vergoed).

U heeft recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is in verband met kaakchirurgie. Zie hiervoor artikel 29 Medisch specialistische zorg, verpleging en verblijf van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Voorwaarden voor het recht op kaakchirurgie

- 1 Een kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, een andere medisch specialist of jeugdarts.
- 3 Gaat u naar een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum voor de behandeling? Dan moeten wij u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
 - osteotomie (kaakoperatie) voor de behandeling van Obstructief Slaap Apneu Syndroom (OSAS);
 - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
 - pre-implantologische chirurgie;
 - plastische chirurgie.
- 4 Extracties mogen alleen onder narcose als daar zwaarwegende medische gronden voor zijn.

- 5 U heeft alleen recht op ophoging bodem bijholte, kaakverbreding en/of verhoging, als u recht heeft op de bijbehorende implantaten vanuit de basisverzekering.
- 6 Laat u botankers plaatsen voor een orthodontische behandeling? Houd er dan rekening mee dat er alleen recht op deze behandeling bestaat als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel 6 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'). U heeft hiervoor dan al toestemming van ons gekregen.
- 7 Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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

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 de bevestigingsmaterialen die zorgen voor de verbinding tussen de volledige overkappingsprothese en de natuurlijke elementen (uw eigen tandwortels) vallen niet onder de basisverzekering. Deze kunnen uit een aanvullende tandartsverzekering vergoed worden.

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

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

Voorwaarden voor het recht op uitneembare volledige prothesen

- 1 Een tandarts of tandprotheticus moet de behandeling uitvoeren. Een tandtechnicus kan een reparatie uitvoeren zoals omschreven onder voorwaarde 5.
- 2 Als de prothese binnen 5 jaar of een immediaatprothese binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
- 3 Laat u een gecombineerde boven- en onderprothese maken en plaatsen? En zijn de totale kosten hoger dan € 1.230,-? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Dit maximumbedrag is inclusief de maximale techniekkosten.
- 4 Laat u een volledige boven- of een volledige onderprothese maken en plaatsen? En zijn de totale kosten voor een volledige bovenprothese hoger dan € 575,- of voor een volledige onderprothese hoger dan € 600,-? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Dit maximumbedrag is inclusief de maximale techniekkosten.

- 5 U heeft recht op reparaties aan een volledige prothese 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.

Artikel 10 Implantaten

10.1 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? Dan heeft u recht op de tandheelkundige implantaten die nodig zijn voor een uitneembare volledige prothese (klikgebit) inclusief de drukknoppen of staaf (het kliksysteem dat vastzit aan de implantaten). Er moet sprake zijn van een ernstig geslonken tandeloze kaak en de implantaten die u laat plaatsen, dienen ter bevestiging van de uitneembare prothese (klikgebit).

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

Voorwaarden voor het recht op implantaten

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

Let op! U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel 12 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

10.2 Uitneembare volledige prothese (klikgebit) op implantaten

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

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 een uitneembare volledige prothese op implantaten

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

Let op! U heeft misschien ook recht op een uitneembare prothese (klikgebit) op implantaten vanuit artikel 12 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Artikel 11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

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

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap

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

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 12 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

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

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

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

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

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

Let op! U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel 10 van de Verzekerde zorg basisverzekeringen.

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde kaakchirurgen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Ogen en oren

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Principe Polis? 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.

Artikel 13 Audiologisch centrum

13.1 Gehoorproblemen

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

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

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd audiologisch centrum

Let op! Wilt u zorg van een audiologisch centrum met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een audiologisch centrum 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 audiologische centra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde audiologische centra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

13.2 Spraak- en taalstoornissen bij kinderen

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

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd audiologisch centrum

Let op! Wilt u zorg van een audiologisch centrum met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een audiologisch centrum 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 audiologische centra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde audiologische centra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 14 Zintuiglijke gehandicaptenzorg

U heeft recht op zintuiglijke gehandicaptenzorg (ZG). Deze zorg omvat multidisciplinaire zorg gericht op het leren omgaan met het opheffen van of het compenseren van de beperking. Deze zorg heeft als doel dat u zo zelfstandig mogelijk kunt functioneren.

U komt voor deze zorg in aanmerking als u:

- een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend) en/of;
- een visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend) en/of;
- niet ouder bent dan 23 jaar en een communicatieve beperking heeft (u heeft ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal) als gevolg van een primaire taalontwikkelingsstoornis.

De multidisciplinaire zorg bestaat uit:

- handelingsgerichte diagnostiek;
- interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperking opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid (het zichzelf kunnen redden) vergroten.

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

Voorwaarde voor het recht op zintuiglijke gehandicaptenzorg

Bij auditieve en communicatieve beperkingen moet u zijn doorwezen door een klinisch fysisch audioloog van een audiologisch centrum of een medisch specialist. Voor visuele beperkingen moet u zijn doorwezen door een oogarts of andere medisch specialist. Is bij u in het verleden de ZG stoornis al vastgesteld door een klinisch fysisch audioloog, oogarts of medisch specialist? En ontstaat er een ZG gerelateerde zorgvraag, zonder dat er een wijziging van de ZG stoornis is opgetreden? Dan mag u ook worden doorverwezen door een huisarts of jeugdarts.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

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

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Psychische zorg

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Principe Polis? 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.

Artikel 15 Generalistische Basis GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Heeft u een niet-complexe psychische stoornis? Dan heeft u recht op Generalistische Basis GGZ (hierna te noemen: Basis GGZ).

Een van de volgende zorgverleners kan als hoofdbehandelaar optreden:

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

De hoofdbehandelaar mag gebruik maken van een medebehandelaar. Toegestane medebehandelaren zijn behandelaren met een beroep dat is opgenomen in de DBC-tabel uit de nadere regel NR/CU-562 van de NZa (bijlage VI).

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

Voorwaarden voor het recht op generalistische basis GGZ

- U moet 18 jaar of ouder zijn.
- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, of een arts voor verstandelijk gehandicapten. De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijzingsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).
- Uit de verwijzingsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor is verwezen en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijzingsbrief:
 - persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
 - reden van verwijzing;
 - waarnaar wordt verwezen (basis GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
 - naam en functie verwijzer;
 - handtekening verwijzer;
 - datering (minimaal op de datum van de start van de behandeling, dat wil zeggen de datum van het eerste contact). Een verwijzing is uiterlijk 1 jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor vervolgbehandeling wel een nieuwe verwijzing nodig.
- Alleen voor crisiszorg is geen verwijzing nodig. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van de behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.
- De hoofdbehandelaar moet een dossier bijhouden. In het dossier moet uw DSM-IV-classificatie worden vastgelegd. Uit het dossier moet duidelijk blijken hoe tot de gestelde diagnose is gekomen. De diagnose moet onderbouwd worden met symptomen, waarbij ook aandacht is voor duur en ernst. Als u gebruik maakt van de Regeling privacy bezwaren GGZ moet uw hoofdbehandelaar wel een dossier bijhouden, maar de diagnosegegevens hoeft hij niet aan ons te overleggen.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- hulp bij werk- en relatieproblemen;
- hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- basis GGZ-zorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip! Op onze website vindt u een overzicht met psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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

Heeft u een complexe psychische stoornis? Dan heeft u recht op niet-klinische gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg geleverd door een GGZ-instelling, psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog.

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

Voorwaarden voor het recht op niet-klinische gespecialiseerde GGZ

- 1 U moet 18 jaar of ouder zijn.
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten.
De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).
- 3 Uit de verwijsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor de verwijzing is en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijsbrief:
 - persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
 - reden van verwijzing;
 - waarnaar wordt verwezen (gespecialiseerde GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
 - naam en functie verwijzende;
 - handtekening verwijzende;
 - datering (minimaal op de datum van de start van de behandeling, dat wil zeggen de datum van het eerste contact). Een verwijzing is uiterlijk 1 jaar geldig. Voor vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is na dat jaar geen nieuwe verwijzing nodig. Wanneer de behandeling langer dan 1 jaar wordt onderbroken, is er voor vervolgbehandeling wel een nieuwe verwijzing nodig.
- 4 Alleen voor crisiszorg is geen verwijzing nodig. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.
- 5 De hoofdbehandelaar moet een dossier bijhouden. In het dossier moet uw DSM-IV-classificatie worden vastgelegd. Uit het dossier moet duidelijk blijken hoe tot de gestelde diagnose is gekomen. De diagnose moet onderbouwd worden met symptomen, waarbij ook aandacht is voor duur en ernst. Als u gebruik maakt van de Regeling privacy bezwaren GGZ moet uw hoofdbehandelaar wel een dossier bijhouden, maar de diagnosegegevens hoeft hij niet aan ons te overleggen.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a behandeling van aanpassingsstoornissen;
- b hulp bij werk- en relatieproblemen;
- c hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- d niet-klinische gespecialiseerde geneeskundige gezondheidszorg voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip! Op onze website vindt u een overzicht met psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 17 Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wordt u opgenomen in een GGZ-instelling, zoals in een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische universiteitskliniek of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis? Dan heeft u recht op:

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

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

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

Op hoeveel dagen verblijf met behandeling heeft u recht?

Bij psychiatrisch verblijf met behandeling heeft u recht op een onafgebroken verblijf in een GGZ-instelling voor een periode van maximaal 1.095 dagen.

De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

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

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Voorwaarden voor het recht op psychiatrisch ziekenhuisverblijf

- 1 U moet 18 jaar of ouder zijn.
- 2 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten.
De verwijzing is uitgevoerd conform het verwijsmodel Basis GGZ (Generalistische Basis GGZ, Bureau HHM, Enschede, januari 2013).

- 3 Uit de verwijfsbrief moet duidelijk blijken wie is verwezen, waarvoor de verwijzing is en door wie en op welke datum de verwijzing is afgegeven. Dit betekent dat in elk geval de volgende punten vermeld moeten worden op de verwijfsbrief:
 - persoonsgegevens van de verwezen cliënt;
 - reden van verwijzing;
 - waarnaar wordt verwezen (gespecialiseerde GGZ en eventueel een specifieke zorgaanbieder);
 - naam en functie verwijzer;
 - handtekening verwijzer;
 - datering (minimaal op de datum van de start van de behandeling, dat wil zeggen de datum van het eerste contact).
- 4 Er moet sprake zijn van medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg.
- 5 Alleen voor crisiszorg is geen verwijzing nodig. Wel is er een verwijzing nodig voor de eventuele behandeling die plaatsvindt als de crisis voorbij is. Deze verwijzing moet afgegeven worden vóór de start van deze behandeling. In het geval dat dit door omstandigheden niet mogelijk is, is het ook voldoende wanneer aangetoond wordt dat de huisarts actief betrokken is bij de acute zorg en tijdig geïnformeerd is over het vervolg.
- 6 De hoofdbehandelaar moet een dossier bijhouden. In het dossier moet uw DSM-IV-classificatie worden vastgelegd. Uit het dossier moet duidelijk blijken hoe tot de gestelde diagnose is gekomen. De diagnose moet onderbouwd worden met symptomen, waarbij ook aandacht is voor duur en ernst. Als u gebruik maakt van de Regeling privacy bezwaren GGZ moet uw hoofdbehandelaar wel een dossier bijhouden, maar de diagnosegegevens hoeft hij niet aan ons te overleggen.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a behandeling van aanpassingsstoornissen;
- b hulp bij werk- en relatieproblemen;
- c hulp bij psychische klachten, zonder dat er sprake is van een psychische stoornis;
- d psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden tot 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Tip! Op onze website vindt u een overzicht met psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Spreken en lezen

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

Artikel 18 Logopedie

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

Voorwaarden voor het recht op zorg

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

Soms bij gecontracteerde logopedisten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring nodig om recht te hebben op logopedie. Met een aantal gecontracteerde logopedisten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze logopedisten kunnen u behandelen zonder verwijzing. Dit noemen wij DTL (Directe Toegang Logopedie). Wilt u weten welke gecontracteerde zorgverleners DTL aanbieden? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids.

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

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

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Vervoer

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

Artikel 19 Vervoer per ambulance of zittend ziekenvervoer

19.1 Vervoer per ambulance

U heeft recht op de volgende vormen van ambulancevervoer:

- a besteld ambulancevervoer aangevraagd via de meldkamer ambulancezorg;

- b besteld ambulancevervoer aangevraagd via de Vervoerslijn (in geval van wachtlijstvervoer).

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

U heeft recht op ambulancevervoer:

- van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
- naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
- van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen;
- naar een zorgverlener bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan 18 jaar GGZ zorg zal ontvangen die geheel of gedeeltelijk onder de Jeugdwet valt.

Voorwaarden voor het recht op ambulancevervoer

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

19.2 Zittend ziekenvervoer

U heeft recht op:

- zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,30 per kilometer bij vervoer per eigen auto als u:
 - nierdialyse ondergaat;
 - oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaat;
 - visueel gehandicapt bent en zich zonder begeleiding niet kunt verplaatsen;
 - rolstoelafhankelijk bent;
 - jonger bent dan 18 jaar en recht heeft op intensieve kindzorg zoals bedoeld in artikel 28 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.
- vervoer van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

U heeft recht op zittend ziekenvervoer:

- van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
- naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;

- vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt;
- van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.

Eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer

Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 98,- per persoon per kalenderjaar.

Hardheidsclausule zittend ziekenvervoer

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

Voorwaarden voor het recht op zittend ziekenvervoer

- Voor zittend ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) en/of vervoer van een begeleider moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op vervoer en op welke vorm. Als er sprake is van een verzekerde van 16 jaar en ouder dan bepaalt deze medewerker ook of er begeleiding noodzakelijk is.
- Het vervoer moet verband houden met zorg waar u vanuit de basisverzekering recht op heeft of die vanuit de Wlz wordt vergoed.
- Is zittend ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer, eigen auto of ambulance niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.
- In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
- U heeft alleen recht op ziekenvervoer als u voor uw zorgverlener niet meer dan 200 kilometer hoeft af te leggen. Dit geldt niet als wij anders met u zijn overeengekomen.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde vervoerder

Let op! Wilt u zich laten vervoeren door een vervoerder met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een vervoerder 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 vervoerders wij een contract hebben? Neem dan contact op met onze Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde vervoerders vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Ziekenhuis, behandeling en verpleging

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Principe Polis? 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.

Artikel 20 Astmacentrum in Davos (Zwitserland)

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

Voorwaarden voor het recht op zorg

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

Artikel 21 Erfelijkheidsonderzoek en –advisering

Wilt u een erfelijkheidsonderzoek laten uitvoeren? Of wilt u zich laten adviseren? Dan heeft u hier recht op in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek. Deze zorg omvat:

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

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

Voorwaarde voor het recht op erfelijkheidsonderzoek en –advisering

U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts of verloskundige.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerd centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Let op! Wilt zich laten onderzoeken en adviseren in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een centrum 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 centra wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde centra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 22 Mechanische beademing

U heeft recht op noodzakelijke mechanische beademing en medisch-specialistische zorg die hiermee samenhangt. De zorg kan plaatsvinden in een beademingscentrum of thuis.

Mechanische beademing thuis

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

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

Voorwaarde voor het recht op mechanische beademing

U moet zijn doorwezen door een longarts.

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 23 Thuisdialyse

Ondergaat u een dialysebehandeling bij u thuis? Dan heeft u recht op vergoeding van de daarmee samenhangende kosten. Het betreft:

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

Voorwaarde voor het recht op vergoeding van deze kosten

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

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

Artikel 24 Transplantaties van organen en weefsels

Bij een orgaantransplantatie heeft u recht op de volgende behandelingen:

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

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

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

U heeft recht op vergoeding van de kosten van:

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

die ermee te maken hebben dat de donor woonachtig is in het buitenland. **Let op!** Verblifskosten in Nederland en eventuele misgelopen inkomsten horen hier niet bij.

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

Voorwaarde voor het recht op deze zorg

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

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 25 Plastische chirurgie

U heeft recht op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- en gehemeltespleten;
 - misvormingen van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken of
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
 - verminderingen die in ernst te vergelijken zijn met een derdegraadsverbranding;
 - onbehandelbare smetten in huidplooien;
 - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt).

Als het verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u recht op deze zorg op basis van artikel 29 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

- Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. U heeft geen recht op de volgende ingrepen:

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

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 26 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie (26.1) en geriatrische revalidatie (26.2).

26.1 Medisch specialistische revalidatie

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

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

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

Klinisch en niet-klinisch revalideren

U heeft recht op klinische of niet-klinische (deeltijd- of dagbehandeling) revalidatie. In een aantal gevallen, heeft u ook recht op klinische revalidatie als u voor meerdere dagen wordt opgenomen. Dit doen wij alleen als revalidatie met verblijf spoedig betere resultaten oplevert dan revalidatie zonder verblijf.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Wordt u opgenomen? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in een kliniek voor een periode van maximaal 1.095 dagen. Dit geldt ook voor overige verblijven in (psychiatrisch) ziekenhuizen. Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische revalidatie

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist;
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie.

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

26.2 Geriatrische revalidatie

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

Op hoeveel dagen geriatrische revalidatie heeft u recht

U heeft recht op geriatrische revalidatie met een duur van maximaal 6 maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

Voorwaarden voor het recht op geriatrische revalidatie

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.
- 2 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatie zorg.
- 3 De zorg moet binnen 1 week aansluiten op uw verblijf in een ziekenhuis als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. In dit ziekenhuis kreeg u geneeskundige zorg zoals een medisch specialist of vergelijkbare zorgverlener die pleegt te bieden.
- 4 Voordat u in dit ziekenhuis verbleef, verbleef u niet voor een behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg.
- 5 De zorg gaat bij aanvang gepaard met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering in een ziekenhuis of zorginstelling.

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 27 Second opinion

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

Voorwaarden voor het recht op een second opinion

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel 16, 17, en 29 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan omvat deze zorg alleen verzorging als er sprake is van complexe somatische problematiek of van een lichamelijke handicap, waarbij:

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

U behoort dan tot de doelgroep voor intensieve kindzorg.

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

- u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel 32 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen';
- u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 29 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

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

De zorg bestaat uit:

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

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

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen.

De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

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

Let op! In de volgende artikelen van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- behandelingen met sterilisatie als doel;
- behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie).

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel 16 en 17 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrisch ziekenhuisverblijf.

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Zwanger (worden)/baby/kind

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

Artikel 30 Bevalling en verloskundige zorg

Bij het recht op verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische noodzaak (30.1) en geen medische noodzaak (30.2).

30.1 Met medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

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

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

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

30.2 Zonder medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- het gebruik van de verloskamer, als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 33,- per verblijfsdag (€ 16,50 voor de moeder en € 16,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 238,- per dag (€ 119,- voor de moeder en € 119,- voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 33,- ook het bedrag dat boven de € 238,- per dag uitkomt;
- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

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

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 31 In-vitrofertilisatie (IVF), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitricificatie

U heeft recht op IVF (31.1), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (31.2), sperma invriezen (31.3) en eicelvitricificatie (31.4).

31.1 IVF

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

Wat wordt verstaan onder een IVF-poging tot zwangerschap

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

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

Pas als de follikelpunctie geslaagd is (fase b), tellen wij de poging mee. Daarna tellen alle pogingen mee die worden afgebroken, voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt opnieuw als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's (of het terugplaatsen van embryo's die zijn ontstaan na het ontdooien van een ingevroren onbevruchte eicellen) valt onder de IVF-poging waaruit ze zijn ontstaan, zolang er geen doorgaande zwangerschap is ontstaan. Als er wel een doorgaande zwangerschap is ontstaan dan mogen na deze zwangerschap ook de overige ingevroren embryo's (of het terugplaatsen van embryo's die zijn ontstaan na het ontdooien van een ingevroren onbevruchte eicellen) worden teruggeplaatst. Als dit niet tot resultaat leidt, dan kan er weer met een IVF-behandeling gestart worden. Deze geldt dan als een eerste poging.

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

Wat wordt verstaan onder doorgaande zwangerschap

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

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

Voorwaarden voor het recht op IVF

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

Maximum aan recht op geneesmiddelen

U heeft recht op geneesmiddelen die nodig zijn voor een IVF-poging tot een bepaald maximum bedrag dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin u de maximale bedragen van geneesmiddelen kunt opzoeken.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a geneesmiddelen die nodig zijn voor een vierde en volgende IVF-poging;
- b IVF waarbij er sprake is van restembryo's;
- c IVF waarbij geslachtscellen worden gebruikt die niet van de wettelijke partner zijn.

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Speciale afspraken voor Pro Life

Met een aantal ziekenhuizen hebben we speciale afspraken gemaakt ten aanzien van de mogelijkheid om de resterende eicellen die overblijven na een terugplaatsing bij een IVF-poging, onbevruucht te laten invriezen. Wilt u weten welke ziekenhuizen dat zijn, dan verwijzen wij u naar onze website.

31.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

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

Voorwaarden voor het recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Voor het recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen stellen wij de volgende voorwaarden:

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

Maximum aan recht op geneesmiddelen

U heeft recht op geneesmiddelen die nodig zijn voor een vruchtbaarheidsbehandeling tot een bepaald maximum bedrag dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin u de maximale bedragen van geneesmiddelen kunt opzoeken.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op KID (Kunstmatige Inseminatie met Donorsperma) waarbij sperma van andere dan de wettelijke partner wordt gebruikt.

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

31.3 Sperma invriezen

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

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

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

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

31.4 Vitrificatie (invriezen) van menselijke eicellen

Wilt u menselijke eicellen laten invriezen? Dan heeft u daar recht op bij de volgende medische indicaties:

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

Ook recht op invriezen bij andere medische indicaties

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

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

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

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

Ook recht op invriezen bij IVF-gebonden indicatie

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

- a er is onverwacht geen sperma aanwezig van voldoende kwaliteit;
- b er worden eicellen ingevroren in plaats van embryo's. Dit kan ook op verzoek in verband met uw christelijke geloofsovertuiging.

Bij IVF-gebonden indicatie heeft u alleen recht op het invriezen van eicellen. Voor het vervolg bent u aangewezen op fase c en d van een IVF-poging. Zie artikel 31.1 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Mogelijkheden na het invriezen van eicellen

Laat u na het invriezen uw eicellen weer ontdooien met als doel zwanger te worden? Dan bent u aangewezen op de fasen c en d van een IVF-poging (zie artikel 31.1 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'). **Let op!** Bij terugplaatsing moet u jonger zijn dan 43 jaar.

Voorwaarden voor het recht op invriezen

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

Maximum aan recht op geneesmiddelen

U heeft recht op geneesmiddelen die nodig zijn voor het invriezen van eicellen tot een bepaald maximum bedrag dat wij voor alle (deel) prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin u de maximale bedragen van geneesmiddelen kunt opzoeken.

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 32 Kraamzorg

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op kraamzorg. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat kraamverzorgenden plegen te bieden.

Kraamzorg kan plaatsvinden:

- a **thuis of in een geboorte- of kraamcentrum**
Voor kraamzorg thuis geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 4,20 per uur. Voor ligdagen in een geboorte- of kraamcentrum wordt maximaal 8 uur kraamzorg per ligdag in rekening gebracht. Hiervoor geldt ook een wettelijke eigen bijdrage van € 4,20 per uur.
- b **in het ziekenhuis**
Verblijft u zonder medische indicatie in het ziekenhuis? Dan geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 33,- per (verblijfs)dag (€ 16,50 voor de moeder en € 16,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 238,- per dag (€ 119,- voor de moeder en € 119,- voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 33,- ook het bedrag dat boven de € 238,- per dag uitkomt. U heeft recht op maximaal 10 dagen kraamzorg, te rekenen vanaf de

dag van de bevalling. Als de moeder en het kind samen het ziekenhuis verlaten voordat deze 10 dagen verstreken zijn, dan bestaat er voor de resterende dagen recht op kraamzorg thuis. Voor dag 9 en 10 geldt dat deze alleen toegewezen kunnen worden op basis van een herindicatie door de verloskundige.

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Hoeveel kraamzorg krijgt u?

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

Artikel 33 Oncologieonderzoek bij kinderen

U heeft recht op zorg van de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION). De SKION coördineert en registreert ingezonden lichaamsmateriaal en stelt de diagnose.

Artikel 34 Prenatale screening

U heeft als vrouwelijke verzekerde recht op:

- a counseling waarbij u wordt uitgelegd wat prenatale screening inhoudt;
- b het structureel echoscopisch onderzoek (SEO), ook wel de 20 wekenecho genoemd;
- c de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT). U heeft alleen recht op deze test, als u een medische indicatie of een positieve combinatietest heeft. Is de uitslag van de combinatietest 1:200 of groter? Dan spreken we van een positieve test. De NIPT wordt niet vergoed de test het afbreken van de zwangerschap tot gevolg kan hebben.

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

Voorwaarde voor het recht op prenatale screening

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

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Overig

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Principe Polis? 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.

Artikel 35 Diëtetiek

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

Voorwaarden voor het recht op diëtetiek

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

Soms bij gecontracteerde diëtisten geen verklaring nodig

Let op! In sommige gevallen heeft u geen verklaring van de verwijzer nodig om recht te hebben op diëtetiek. Met een aantal gecontracteerde diëtisten hebben wij namelijk afspraken gemaakt over directe toegankelijkheid: deze diëtisten kunnen u adviseren zonder verwijzing. Dit noemen wij DTD (Directe Toegang Diëtist). Via de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids vindt u de gecontracteerde diëtisten die DTD aanbieden. U kunt deze ook bij ons opvragen.

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde diëtist

Let op! Wilt u zorg van een diëtist met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een diëtist 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 diëtisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde diëtisten vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 36 Huisartsenzorg

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

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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

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

Recht op ketenzorg bij niet-gecontracteerde zorggroep

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

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

Artikel 38 Stoppen-met-rokenprogramma

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

Voorwaarden voor het recht op een stoppen-met-rokenprogramma

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

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 39 Trombosedienst

Heeft u te maken met trombose? Dan heeft u recht op zorg van een trombosedienst. De zorg houdt in dat de dienst:

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

Voorwaarde voor het recht op zorg van een trombosedienst

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

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 hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzondering hierop zijn artikel 1.1 lid a-c (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op) en artikel 4.3 (niet gecontracteerde zorgverleners).

Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

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

Artikel 1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

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

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

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

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

1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

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

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

Artikel 2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

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

Vergoeding niet gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling

Bij een aantal vergoedingen onder de 'Vergoedingen aanvullend verzekeringen', vergoeden wij de kosten alleen als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in het artikel.

2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

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

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

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

2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

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

- a vanuit de basisverzekering verstrekte lagere vergoedingen, omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg;
- b kosten die met het eigen risico van de basisverzekering zijn verrekenend, tenzij een collectieve aanvullende verzekering bij ons is afgesloten die het verplicht of vrijwillig gekozen eigen risico vergoedt;
- c wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.

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

2.4 Kosten die voortvloeien uit terrorisme

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

2.5 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

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

- de basisverzekering;
- de tandartsverzekeringen;
- de aanvullende verzekeringen.

Artikel 3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?

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

Artikel 4 Wat betaalt u?

4.1 Hoogte van uw premie

Hoeveel premie u betaalt, hangt af van uw leeftijd. Stijgt uw premie doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt? Dan wijzigt de premie per 1 januari van het volgende jaar waarin u die leeftijd bereikt.

Heeft één van de ouders bij ons een basisverzekering en een aanvullende verzekering afgesloten? Dan is de persoon jonger dan 18 jaar die is meeverzekerd, geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekering. Wordt deze persoon 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin deze persoon 18 jaar wordt.

4.2 Als u de premie niet op tijd betaalt

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

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

Artikel 5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

5.1 Wij kunnen uw premie en/of voorwaarden wijzigen

Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc of groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging voeren wij door op een datum die wij vaststellen. Deze wijzigingen gelden voor uw verzekering(en), ook als u al verzekerd was.

5.2 Als u niet akkoord gaat met de wijzigingen

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

5.3 Soms is opzeggen na wijzigingen niet mogelijk

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

- de premieverhoging en/of de beperkingen van de voorwaarden en/of vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
- u premie gaat betalen omdat u 18 jaar wordt.

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

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

6.1 Uw aanvullende verzekering gaat in op 1 januari

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

6.2 Uw aanvullende verzekering wijzigen

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

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

Heeft u eerder dan in dit kalenderjaar een uitneembare volledige gebitsprothese laten plaatsen? En heeft u het lopende kalenderjaar nog geen kosten gedeclareerd op de aanvullende tandartsverzekering? Dan heeft u het recht om uw aanvullende tandartsverzekering te wijzigen of te beëindigen.

Dan gaat de wijziging in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin wij het verzoek tot wijziging/beëindiging hebben ontvangen.

Artikel 7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?

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

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

Artikel 8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?

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

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

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

- a als u niet op tijd voldoet aan een verzoek om inlichtingen (eventueel schriftelijk), terwijl die inlichtingen nodig zijn om de aanvullende verzekering goed uit te voeren.
- b als achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld. Of als blijkt dat u omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang zijn.
- c als u fraude pleegt en dit is aangetoond. Wat wij onder fraude verstaan, staat in artikel 20 van de algemene voorwaarden basisverzekeringen.

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

Artikel 9 Hoe gaan wij om met materiële controle?

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

Artikel 10 Begripsbepalingen

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

Aanvullende verzekering

De aanvullende verzekeringen die u heeft afgesloten als aanvulling op uw basisverzekering. Dit zijn:

- de aanvullende tandartsverzekering: Tand Small, Tand Medium en Tand Large;
- de aanvullende verzekeringen: Smallpolis, Mediumpolis, Largepolis of Extra Largepolis (aangeduid als Small, Medium, Large en Extra Large).

Mantelzorger

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

Ongeval

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

Wij/ons

Achmea Zorgverzekerings N.V.

Zorgverzekeraar

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

Vergoedingen aanvullende verzekeringen

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

Alternatief

Artikel 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 natuurgeneeswijzen
- d orthomoleculaire geneeskunde

Alternatieve geneeswijzen (bewegingsapparaat)

- a chiropractie
- b haptotherapie
- c kinesiologie
- d manuele geneeskunde/orthomanipulatie
- e neuromusculaire therapie
- f orthopedische geneeskunde
- g osteopathie

Alternatieve geestelijke hulpverlening (mentale gezondheid)

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

Daarnaast vergoeden wij de kosten van homeopathische geneesmiddelen die een arts heeft voorgeschreven.

Voorwaarden voor vergoeding

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

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.

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.

Botten, spieren en gewrichten

Artikel 2 Ergotherapie

Vergoeden wij de kosten van 10 uur ergotherapie vanuit de basisverzekering? Dan vergoeden wij, als aanvulling op deze vergoeding, de kosten van extra uren ergotherapie.

Voorwaarde voor vergoeding

Voor het recht op vergoeding van deze extra uren gelden dezelfde voorwaarden als voor vergoeding van ergotherapie vanuit de basisverzekering (zie artikel 1 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ergotherapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een ergotherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	3 uur per persoon per kalenderjaar
Extra Large	4 uur per persoon per kalenderjaar

Artikel 3 Bewegprogramma's

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

In de volgende gevallen vergoeden wij de kosten:

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet het beweegprogramma volgen bij een fysiotherapeut of oefentherapeut die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke fysiotherapeuten of oefentherapeuten wij hiervoor een contract hebben? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 350,- per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra Large	maximaal € 350,- per persoon per aandoening voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 4 Bewegen in extra verwarmd water bij reuma

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 5 Pedicurezorg bij reumatische-, diabetische- of medische voet

Wij vergoeden de kosten van pedicurezorg bij een reumatische voet (5.1), een diabetische voet (5.2) of een medische voet (5.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

5.1 Pedicurezorg bij een reumatische voet

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

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is in verband met:
 - arthritis bij darmziekten
 - arthritis psoriatica (gewrichtsontsteking bij mensen met de huidziekte psoriasis)
 - Bechterew (Ziekte van)
 - chondrocalcinosis
 - jeugdreuma
 - chronische jicht aan de voet(en)
 - paget (botziekte)
 - polyneuropathie Chronische reactieve arthritis
 - reumatoïde arthritis
 - sclerodermie
 - ziekte van Still (jeugdreuma)
 - ernstige artrose aan de voet, met standsafwijkingen en/of vergroeiingen
- De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert. Dat moet zijn met de kwalificatie 'reumatische voet' (RV) of als medisch pedicure (MP).
- Gaat het om een (pedicure-)chiroprist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- Op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.
- Bij een reumatische voet moet uit de nota blijken dat het gaat om een onderzoek, behandeling of een speciale techniek en welk type reumatische voet het gaat.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

5.2 Pedicurezorg bij een diabetische voet

Heeft u een diabetische voet met Zorgprofiel 1? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een pedicure.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

5.3 Pedicurezorg bij een medische voet

Heeft u een medische voet? Dan vergoeden wij de kosten van voetverzorging door een medische pedicure, pedicure-chiropracist of pedicure in de zorg. U heeft een medische voet als er sprake is van 1 van onderstaande aandoeningen. En er medische klachten ontstaan als u niet behandeld wordt.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet 1 keer een verklaring van een huisarts of medisch specialist aan ons geven. Uit deze verklaring moet blijken dat voetverzorging nodig is in verband met:
 - perifere neuropathie
 - HMSN
 - parese voet (bijvoorbeeld door CVA)
 - dwarslaesie
 - Sudeckse dystrofie/posttraumatische dystrofie
 - arteriosclerose obliterans
 - chronische tromboflebitis
 - tromboangitis obliterans (ziekte van Buerger)
 - arteriële insufficiëntie
 - ernstige standafwijkingen (met als gevolg veel eelt en likdoornvorming)
 - hamertenen
 - keratoderma palmoplantaris
 - tylotisch eczeem
 - recidiverende erysipelas
 - psoriasis nagels
 - chemotherapie met problemen aan de nagels en voeten
 - problemen aan de nagels en voeten door MS, ALS, spasme, morbus Kahler, Parkinson en epidermolysis bullosa.
- De pedicure moet geregistreerd staan in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van ProCert als medisch pedicure (MP).
- Gaat het om een (pedicure-)chiropracist of een pedicure in de zorg? Dan moet deze geregistreerd staan in het kwaliteitsregister Register Paramedische Voetzorg (RPV) van Stipezo.
- Op de nota moet staan dat de pedicure ingeschreven staat in het KRP van ProCert of in het RPV van Stipezo.
- Uit de nota moet blijken dat het gaat om een onderzoek, behandeling of een speciale techniek en welk type medische voet het gaat.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

- Wij vergoeden niet de kosten van:
- het verwijderen van eelt om cosmetische redenen;
 - het knippen van nagels zonder medische reden.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar voor de artikelen 5.1, 5.2 en 5.3 samen
Extra Large	maximaal € 25,- per behandeling tot maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar voor de artikelen 5.1, 5.2 en 5.3 samen

Artikel 6 Podotherapie/podologie/podoposturale therapie en (sport)steunzolen

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

Voorwaarden voor vergoeding

- De podotherapeut moet lid zijn van Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVVP) en geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- De behandelend sporttherapeut moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS).
- De behandelend podoloog moet als Register-Podoloog B geregistreerd staan bij de Stichting Landelijk Overkoepelend Orgaan voor de Podologie (LOOP) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de Stichting LOOP.
- De behandelend podoposturaal therapeut moet zijn aangesloten bij de beroepsvereniging Omni Podo Genootschap.
- De steunzolen moeten zijn geleverd of worden gerepareerd door een steunzolenleverancier die aangesloten is bij de NVOS Orthobanda. Sportsteunzolen moeten zijn geleverd door een sportpodotherapeut die gecertificeerd is door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS) of het VSO-Netwerk. U vindt de door de SCAS gecertificeerde sportpodotherapeuten via de website www.sportzorg.nl/zoek-eeen-sportzorgprofessional. De leden van het VSO-netwerk kunt u vinden via de website www.vsonetwerk.nl. Het mag ook een steunzolenleverancier zijn die voldoet aan de kwaliteitseisen van de NVOS Orthobanda of het VSO-Netwerk.
- Uit de nota moet blijken dat het gaat om een onderzoek, een behandeling, een hulpmiddel of een speciale techniek.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar, waaronder maximaal 1 paar (sport)steunzolen
Extra Large	maximaal € 135,- per persoon per kalenderjaar, waaronder maximaal 1 paar (sport)steunzolen

Buitenland

Artikel 7 Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)

Wij vergoeden de kosten van:

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Vergoeding

Small	100%
Medium	100%
Large	100%
Extra Large	100%

Artikel 8 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland

Gaat u op reis naar het buitenland? Dan vergoeden wij de kosten van consulten, noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen wegens verblijf in het buitenland. Onder noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen verstaan wij de vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) noodzakelijk zijn. Op de website www.lcr.nl/Landen kunt u per land zien welke vaccinaties geadviseerd worden.

Voorwaarden voor vergoeding van kosten ter voorkoming van rabiës

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Hebben wij uw zorgverlener niet gecontracteerd? Dan kan een eigen betaling gelden.

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

Vergoeding

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

Extra Large

consulten en vaccinaties bij een gecontracteerde zorgverlener: 100%.
Geneesmiddelen ter voorkoming van malaria, geleverd via een gecontracteerde apotheek: 100%.
Of kiest u voor geneesmiddelen ter voorkoming van malaria en/of consulten en vaccinaties bij een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan vergoeden wij maximaal € 125,- per persoon per kalenderjaar.

Artikel 9 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Het gaat daarbij om spoedeisende zorg in het buitenland (9.1), spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland (9.2), niet spoedeisende zorg (9.3), vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (9.4), overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland (9.5) en Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland (9.6). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

9.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

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

Wij vergoeden de kosten voor:

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

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

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
- 2 U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via Eurocross Assistance.

Vergoeding

Small	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Medium	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Large	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Extra Large	aanvulling tot kostprijs, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

9.2 Spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
- b dieetpreparaten en drinkvoeding;
- c verbandmiddelen;
- d vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland;
- e anticonceptiva;
- f homeopathische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

Vergoeding

Small	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Medium	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Large	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

9.3 Niet-spoedeisende zorg

Wij vergoeden bij ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis, zoals genoemd in artikel 29 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen', de kosten van niet-gecontracteerde niet-spoedeisende zorg in het buitenland. Heeft u vanuit de basisverzekering aanspraak op niet-spoedeisende zorg in het buitenland? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit de basisverzekering.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	geen dekking
Extra Large	25% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief

9.4 Vervoerskosten na zorgbemiddeling naar België of Duitsland

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	gecontracteerd taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,30 per kilometer
Large	gecontracteerd taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,30 per kilometer
Extra Large	gecontracteerd taxivervoer 100%, openbaar vervoer (laagste klasse) 100%, eigen vervoer € 0,30 per kilometer

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

Wordt u vanuit Nederland voor zorg opgenomen in een buitenlandse zorginstelling op grond van artikel 9.4 van de aanvullende verzekeringen? Dan vergoeden wij voor uw gezinsleden:

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen; eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer € 0,30 per kilometer. Wij vergoeden maximaal voor 700 kilometer per verblijf.
Large	overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen; eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer € 0,30 per kilometer. Wij vergoeden maximaal voor 700 kilometer per verblijf.
Extra Large	overnachtingskosten: maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen; eigen vervoer, openbaar vervoer of taxivervoer € 0,30 per kilometer. Wij vergoeden maximaal voor 700 kilometer per verblijf.

9.6 Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland

Heeft u toestemming voor een niet-spoedeisende expertisebehandeling in het buitenland, omdat in Nederland die behandeling niet mogelijk is? Dan vergoeden wij:

- a de overnachtingskosten in de nabijheid van het ziekenhuis;
- b vervoer vanuit Nederland naar het ziekenhuis en terug;
- c vervoer van 1 begeleider als begeleiding medisch noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- 2 U moet voor de behandeling zijn doorverwezen door een medisch specialist.
- 3 U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
- 4 De medische noodzakelijkheid van een begeleider wordt door ons vastgesteld.

Vergoeding

Small	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per dag vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer € 0,30 per kilometer. Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen.
Medium	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per dag vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer € 0,30 per kilometer. Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen.

Large	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per dag vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer € 0,30 per kilometer. Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen.
Extra Large	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per dag vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer € 0,30 per kilometer. Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u en uw begeleider samen.

Fysiotherapie en oefentherapie

Artikel 10 Fysiotherapie en oefentherapie

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut voor verzekerden van 18 jaar en ouder (10.1) en voor verzekerden tot 18 jaar (10.2). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

10.1 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

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

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie? Dan worden de eerste 20 behandelingen per aandoening niet vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.1 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'). De vergoeding uit deze aanvullende verzekering geldt dan voor deze eerste 20 behandelingen.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde therapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

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

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut geen verklaring nodig

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt;
- een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt, zoals omschreven in artikel 3 van de Vergoedingen aanvullende verzekering.

Vergoeding

Small	maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar.
Medium	maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar.
Large	maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar.
Extra Large	maximaal 40 behandelingen per persoon per kalenderjaar.

10.2 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden tot 18 jaar

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

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie of oefentherapie? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 3.2 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

Voorwaarde voor vergoeding

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

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde therapeut

Let op! Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

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

Soms bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeut geen verklaring nodig

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut heeft verstrekt;
- een individuele behandeling, als u voor dezelfde aandoening al aan een beweegprogramma deelneemt zoals omschreven in artikel 3 van de Vergoedingen aanvullende verzekering.

Vergoeding

Small	onbeperkt aantal behandelingen, als u wordt behandeld door een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd. Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 6 behandelingen per persoon per kalenderjaar 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief).
Medium	onbeperkt aantal behandelingen, als u wordt behandeld door een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd. Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar (en maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief).
Large	onbeperkt aantal behandelingen, als u wordt behandeld door een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd. Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief).
Extra Large	onbeperkt aantal behandelingen, als u wordt behandeld door een zorgverlener die wij hebben gecontracteerd. Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar (en maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief).

Huid

Artikel 11 Huidverzorging

Wij vergoeden de kosten van acnébehandeling (11.1), lessen in camouflage (11.2) en elektrische, IPL- of laserepilatie (11.3). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

11.1 Acnébehandeling

Wij vergoeden de kosten van acnébehandeling (in het gezicht) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NVH.

- De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van cosmetische middelen.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal €250,- per persoon per kalenderjaar

11.2 Camouflagetherapie

Wij vergoeden de kosten van lessen in camouflage door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut en de hierbij noodzakelijke fixerende pasta's, crèmes, poeders en dergelijke.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- Het moet gaan om de behandeling van littekens, wijnvlekken of pigmentvlekken in hals en gezicht.
- De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NVH.
- De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 200,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra Large	maximaal € 200,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

11.3 Elektrische epilatie, IPL- of laserepilatie

Wij vergoeden de kosten van:

- elektrische epilatie en Intense Pulsed Lightbehandelingen (IPL-behandelingen) door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichts en/of halsbehaarung hebben;
- laserepilatiebehandelingen, door een huidtherapeut, bij vrouwen die ernstig ontsierende gezichts- en/of halsbehaarung hebben.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.
- De huidtherapeut moet aangesloten zijn bij de Nederlandse vereniging van Huidtherapeuten (NVH) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van NVH.
- De schoonheidsspecialist moet geregistreerd staan bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de ANBOS.
- De lasertherapie moet worden gegeven in een gekwalificeerde instelling waaraan een dermatoloog is verbonden.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen van cosmetische aard.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal € 300,- per persoon per kalenderjaar

Hulpmiddelen

Artikel 12 Hulpmiddelen

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

12.1 Eigen bijdrage pruiken

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor pruiken.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een pruik vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 75,50 per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal € 190,50 per persoon per kalenderjaar

12.2 Toupim of hoofdbedekking bij een medische behandeling of alopecia (haarverlies)

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

Voorwaarde voor vergoeding

Een huisarts of medisch specialist moet u een verklaring hebben gegeven. Uit deze verklaring moet blijken dat sprake is van de medische indicatie alopecia (haarverlies) of (tijdelijk) haarverlies in verband met chemotherapie of een andere medische behandeling.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	1 keer per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 150,-
Extra Large	1 keer per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 150,-

12.3 Persoonlijke alarmeringsapparatuur op medische indicatie

12.3.1 Persoonlijke alarmeringsapparatuur via een door ons gecontracteerde leverancier

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	100%
Extra Large	100%

12.3.2 Persoonlijke alarmeringsapparatuur via een niet-gecontracteerde leverancier

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

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet recht hebben op vergoeding van de kosten van persoonlijke alarmeringsapparatuur vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').
- U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 35,- per kalenderjaar
Extra Large	maximaal € 35,- per kalenderjaar

12.4 Plakstrips mammaprothese

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	100%
Large	100%
Extra Large	100%

12.5 Kunsttepel of mamillaprothese (maatwerktepelprothese)

Wij vergoeden de kosten van een zelfklevende tepel die door vrouwen gebruikt kan worden op een borst- of een deelprothese. Dit is ook bedoeld voor vrouwen met een borstreconstructie, die wachten op een permanente tepelreconstructie.

Wij vergoeden een mamillaprothese (maatwerktepelprothese) als deze prothese niet onder de vergoedingsregeling van de basisverzekering valt.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	100%
Large	100%
Extra Large	100%

12.6 Plaswepker

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal € 100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Large	maximaal € 100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra Large	maximaal € 100,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

12.7 Trans-therapie

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een arts, bekkenbodempysiotherapeut of incontinentieverpleegkundige.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De apparatuur moet worden geleverd door een leverancier die wij gecontracteerd hebben.

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	100%
Extra Large	100%

12.8 Handspalk

Wij vergoeden de kosten van een handspalk wanneer deze nodig is voor fysiotherapeutische nazorg bij specialistische handproblematiek.

Voorwaarde voor vergoeding

De handspalk moet zijn geleverd door een handtherapeut, die het certificaat handtherapeut (CHT-NL) bezit. U vindt de CHT-NL gecertificeerde handtherapeuten via de website www.handtherapie.com/zoek-uw-handtherapeut.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 40,- per persoon per kalenderjaar voor een vinger- of kleine duimspalk maximaal € 60,- per persoon per kalenderjaar voor een pols-, hand- of grote duimspalk maximaal € 90,- per persoon per kalenderjaar voor een dynamische of statische spalk
Extra Large	maximaal € 40,- per persoon per kalenderjaar voor een kleine vinger- of duimspalk maximaal € 60,- per persoon per kalenderjaar voor een pols-, hand- of grote duimspalk maximaal € 90,- per persoon per kalenderjaar voor een dynamische of statische spalk

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

Artikel 13 Farmaceutische zorg

Wij vergoeden de kosten van de wettelijke eigen bijdrage voor farmaceutische zorg (13.1). Ook vergoeden wij de kosten van sommige geneesmiddelen: melatonine (13.2), anticonceptiva (13.3) en geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden (13.4). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

13.1 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS)

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

het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	geen dekking
Extra Large	maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar

13.2 Melatonine

Wij vergoeden de kosten van generieke melatoninetabletten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De melatoninetabletten moeten zijn voorgeschreven door een (kinder)psychiater, kinderarts of (kinder)neuroloog die verbonden is aan een instelling die wij hebben gecontracteerd. Wilt u weten met welke instellingen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op.
- 2 U moet de melatoninetabletten ontvangen van internetapotheek eFarma.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	100%
Extra Large	100%

13.3 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Het anticonceptiemiddel moet geleverd worden 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.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

- Wij vergoeden niet de kosten van
- a de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS). Alleen als u een aanvullende verzekering Extra Large heeft afgesloten, worden deze kosten (deels) vergoed vanuit artikel 13.1 Wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs GVS).
 - b anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies).
 - c koperhoudende spiraaltjes, morning-after pil en andere anticonceptiva met een mogelijke abortieve werking.
 - d verzending.
- Meer informatie vindt u op onze website.

Vergoeding

Small	100%
Medium	100%
Large	100%
Extra Large	100%

13.4 Geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vanuit de basisverzekering vergoed worden

Wij vergoeden de kosten van een beperkt aantal geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen die niet vergoed worden vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de geneesmiddelen en apotheekbereidingen in één van de volgende gevallen:

- als ze niet, niet meer of nog niet in het geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS) voor vergoeding zijn opgenomen;
- als apotheekbereidingen niet vanuit de basisverzekering vergoed worden.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Er is in uw situatie geen vergoedbaar alternatief.
- Het geneesmiddel moet worden gebruikt bij een aandoening die, in combinatie met dat geneesmiddel, voorkomt op een lijst die wij hebben opgesteld. Op deze lijst staan geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen in combinatie met aandoeningen. Deze kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Het geneesmiddel moet zijn voorgeschreven door een medisch specialist of een huisarts met wie wij een contract hebben. Daarnaast moet het geneesmiddel zijn geleverd door een apotheek die wij hebben gecontracteerd.

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	geen dekking
Extra Large	maximaal € 800,- per persoon per kalenderjaar

Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van 14 tot en met 18) gaan wij hierop in. Heeft u ook een aanvullende tandartsverzekering afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten eerst vanuit deze aanvullende tandartsverzekering en daarna vanuit de aanvullende verzekering, wanneer deze kosten bij beide verzekeringen voor vergoeding in aanmerking komen.

Artikel 14 Orthodontie

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	100% tot maximaal € 1.500,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Large	100% tot maximaal € 2.000,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra Large	100% tot maximaal € 2.500,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering 100% tot maximaal € 750,- voor verzekerden van 18 jaar en ouder voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 15 Tandheelkundige zorg – wettelijke eigen bijdrage prothesen (kunstgebitten)

Krijgt u een uitneembare volledige prothese (kunstgebit)? Dan geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%. Wij vergoeden deze wettelijke eigen bijdrage.

Krijgt u een overkappingsprothese op implantaten? Dan vergoeden wij de kosten van de wettelijke eigen bijdrage die op basis van de basisverzekering in rekening wordt gebracht. Deze kosten zijn € 125,- per boven- of onderkaak.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	geen dekking
Extra Large	100%

Artikel 16 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten

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

Voorwaarde voor vergoeding

Een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- volledige narcose;
- een tandheelkundige verklaring;
- gedeeltelijk voltooid werk;
- uitwendig bleken;
- aanvullend onderzoek en behandeling van snurk- en slaapstoornissen.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal € 225,- per persoon per kalenderjaar
Large	maximaal € 450,- per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal € 900,- per persoon per kalenderjaar

Let op! De kosten van orthodontie worden vergoed vanuit artikel 14 van deze polisvoorwaarden.

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

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

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

Vergoeding

Small	maximaal € 10.000,- per ongeval
Medium	maximaal € 10.000,- per ongeval
Large	maximaal € 10.000,- per ongeval
Extra Large	maximaal € 10.000,- per ongeval

Artikel 18 Uitgestelde fronttandvervang met implantaten voor verzekerden van 18 tot 24 jaar

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

Voorwaarden voor vergoeding

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

Vergoeding

Small	maximaal € 10.000,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Medium	maximaal € 10.000,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Large	maximaal € 10.000,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra Large	maximaal € 10.000,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Ogen en oren

Artikel 19 Brillen en contactlenzen

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a (zonne)brillen en contactlenzen zonder sterkte;
- b prismabrillen;
- c lenzen waarop u recht heeft op vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen');
- d losse brillenglazen, monturen en/of accessoires;
- e gekleurde contactlenzen.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
Large	maximaal € 150,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
Extra Large	maximaal € 250,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

Artikel 20 Hoortoestel

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage van een hoortoestel.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering').

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal € 75,- per toestel
Large	maximaal € 100,- per toestel
Extra Large	maximaal € 150,- per toestel

Artikel 21 Ooglaseren en lensimplantatie

In dit artikel leest u de voorwaarden voor de vergoeding van de kosten van ooglaseren (21.1) en lensimplantatie (21.2).

21.1 Ooglaseren

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserbehandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

De oogarts die de behandeling uitvoert, moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG). Is de specialist niet geregistreerd bij het NOG, dan moet hij voldoen aan de richtlijnen van dit genootschap en zich houden aan de criteria gesteld in de consensus refractiechirurgie.

Let op! In het register van het NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft echter alleen recht op vergoeding, als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.

21.2 Lensimplantatie

Wij vergoeden de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij vergoeding van een staaroperatie uit de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Als u recht heeft op vergoeding van lensimplantatie vanuit de basisverzekering geldt deze vergoeding voor de meerkosten.
- 2 Bij implantatie van een torische lens moet u of uw arts een medische verklaring kunnen overhandigen waarin staat waarom u geen bril verdraagt.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 500,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering voor de kosten onder de artikelen 21.1 en 21.2 samen
Extra Large	maximaal € 750,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering voor de kosten onder de artikelen 21.1 en 21.2 samen

Artikel 22 Plastische en cosmetische chirurgie

In dit artikel leest u de voorwaarden voor de vergoeding van de kosten van correctie van de bovenoogleden (22.1) en correctie van de oorstand voor verzekerden tot 18 jaar (22.2).

22.1 Correctie van de bovenoogleden (met medische indicatie)

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

Let op! Het kan voorkomen dat een deel van de behandeling onder het eigen risico valt. Dit geldt voor het 1e consult of voor de nacontrole. Als na het 1e consult de correctie van de bovenoogleden niet binnen 90 dagen plaatsvindt, dan wordt het 1e consult los gedeclareerd en valt het consult onder de basisverzekering. Als de nacontrole van de bovenooglidcorrectie na meer dan 42 dagen na de operatie plaatsvindt, wordt de nacontrole ook los gedeclareerd. Ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra zijn wettelijk verplicht om binnen deze termijnen te declareren.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet uw bovenoogleden laten corrigeren door een zorgverlener die wij hiervoor hebben gecontracteerd.

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	100%
Large	100%
Extra Large	100%

22.2 Correctie van de oorstand voor verzekerden tot 18 jaar (zonder medische indicatie)

Wij vergoeden voor verzekerden tot 18 jaar de kosten van cosmetisch chirurgische correctie van de oorstand.

Voorwaarde voor vergoeding

Een medisch specialist moet de ingreep uitvoeren.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De correctie van de oorstand moet uitgevoerd worden door een zorgverlener die wij hiervoor hebben gecontracteerd.

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.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	100%
Large	100%
Extra Large	100%

Psychische zorg

Artikel 23 Christelijke psychosociale hulpverlening

Wij vergoeden de kosten van psychosociale hulpverlening door een maatschappelijk werker, pastoraal werker, psycholoog en/of vrijgevestigde geestelijke verzorgende.

Onder psychosociale hulp verstaat Pro Life hulpverlening aan personen met een probleem dat is in te delen in 1 van de volgende categorieën:

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

Wij vergoeden ook cursussen en programma's op het gebied van identiteitsproblemen (identiteitsversterkende therapie), relatieproblemen, therapie bij ouder-kind problemen, gezins- en opvoedingsproblemen en systeemtherapie voor het gezin.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of bedrijfsarts.
- 2 Het moet gaan om kortdurende behandeling van psychosociale problemen.
- 3 De behandeling moet plaatsvinden in het kader van een medische behandeling.
- 4 De behandelaar moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Christen Hulpverleners (NVVCH), de Christelijke Vereniging van Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP) of beschikken over het Keurmerk Christelijke Zorg of voldoen aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsverenigingen.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar
Large	maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

Spreek en lezen

Artikel 24 Stottertherapie

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

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal € 225,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Large	maximaal € 450,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra Large	maximaal € 900,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Vervoer

Artikel 25 Vervoer van zieken

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer (25.1), of de kosten voor uw wettelijke eigen bijdrage hiervoor (25.2). Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

25.1 Vervoerskosten

Wij vergoeden de kosten van zittend ziekenvervoer, als en voor zover het voor u om medische redenen niet mogelijk is gebruik te maken van openbaar vervoer. De vergoeding geldt voor verzekerden die geen recht hebben op vergoeding van vervoer op grond van artikel 19 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

Wij vergoeden de kosten van (meerpersoons) taxivervoer of eigen vervoer per auto, zowel naar als van:

- een ziekenhuis of kraaminrichting voor verblijf;
- een ziekenhuis voor poliklinische behandeling of onderzoek op verzoek van een medisch specialist;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;
- een orthopedisch-instrumentmaker om uw prothese aan te passen;
- een inrichting waarin u bent opgenomen en/of wordt behandeld ten laste van de Wlz.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

- U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen via de Vervoerslijn. De Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op de vergoeding van de kosten van vervoer en op welke vorm van vervoer u recht heeft. Het telefoonnummer van de vervoerslijn is 071 365 41 54.
- U moet vervoerd worden voor zorg die vergoed wordt vanuit de basisverzekering, de Wlz of uw aanvullende verzekering.
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de zorg, die nodig is, geleverd kan worden, tenzij u dit anders met ons bent overeengekomen.
- U mag niet meer dan 200 kilometer van de zorgverlener af wonen, tenzij u dit anders met ons bent overeengekomen.
- Laat u zich in België of Duitsland behandelen? Dan vergoeden wij de kosten van zittend ziekenvervoer alleen, als u op maximaal 55 kilometer vanaf de grens met Nederland wordt behandeld. Bent u via onze zorgbemiddeling opgenomen in een ziekenhuis in België of Duitsland? Dan kunnen wij de kosten van het vervoer vergoeden vanuit artikel 9,3 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekering'.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg

Let op! Maakt u gebruik van taxivervoer door een vervoerder die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

Wilt u weten met welke taxivervoerders wij een contract hebben? Bel dan naar onze Vervoerslijn op telefoonnummer 071 365 41 54.

Vergoeding

Small	eigen vervoer € 0,30 per kilometer, gecontracteerd (meerpersoons) taxivervoer 100%. Wij vergoeden maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar
Medium	eigen vervoer € 0,30 per kilometer, gecontracteerd (meerpersoons) taxivervoer 100%. Wij vergoeden maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar
Large	eigen vervoer € 0,30 per kilometer, gecontracteerd (meerpersoons) taxivervoer 100%. Wij vergoeden maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar
Extra Large	eigen vervoer € 0,30 per kilometer, gecontracteerd (meerpersoons) taxivervoer 100%. Wij vergoeden maximaal € 2.000,- per persoon per kalenderjaar

25.2 Eigen bijdrage vervoerskosten

Heeft u recht op vergoeding van vervoer op grond van artikel 19 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'? Dan vergoeden wij de wettelijke eigen bijdrage die u hiervoor verschuldigd bent.

Vergoeding

Small	100%
Medium	100%
Large	100%
Extra Large	100%

Ziekenhuis, behandeling en verpleging

Artikel 26 Circumcisie met medische indicatie

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

Let op! Het kan voorkomen dat een deel van de behandeling onder het eigen risico valt. Dit geldt voor het 1e consult of voor de nacontrole. Als na het 1e consult de circumcisie niet binnen 90 dagen plaatsvindt, dan wordt het 1e consult los gedeclareerd en valt het consult onder de basisverzekering. Als de nacontrole van de circumcisie na meer dan 42 dagen na de operatie plaatsvindt, wordt de nacontrole ook los gedeclareerd. Ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra zijn wettelijk verplicht om binnen deze termijnen te declareren.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderen geneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of een medisch specialist.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet de behandeling laten uitvoeren door een zorgverlener die wij hiervoor hebben gecontracteerd.

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

Vergoeding

Small	100%
Medium	100%
Large	100%
Extra Large	100%

Artikel 27 Mammaprint

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

Voorwaarde voor vergoeding

Het laboratorium Agendia moet het onderzoek uitvoeren.

Vergoeding

Small	100%
Medium	100%
Large	100%
Extra Large	100%

Artikel 28 Obesitasbehandeling

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

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Er moet sprake zijn van obesitas graad 3. Dat is het geval als uw Body Mass Index (BMI) gelijk is aan of hoger is dan 40.
- 2 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen.
- 3 U moet het programma helemaal hebben afgemaakt.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 750,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra Large	maximaal € 1.000,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 29 Overnachting in een gasthuis en vervoer gezinsleden bij ziekenhuisverblijf

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

- a overnachting in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis dat in de nabijheid van het ziekenhuis ligt;
- b het vervoer per eigen auto of taxi vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis. En de kosten van vervoer tussen gasthuis en ziekenhuis. Wij vergoeden € 0,30 per kilometer;
- c openbaar vervoer (tweede klasse) vanaf het woonadres naar en van het ziekenhuis of gasthuis. En de kosten van openbaar vervoer tussen gasthuis en ziekenhuis.

U moet verblijven in een ziekenhuis in Nederland dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt óf in een ziekenhuis dat binnen 55 kilometer vanaf de Nederlandse grens in België of Duitsland ligt. In het laatste geval vergoeden wij de kosten overigens alleen, als er geen sprake is van zorgbemiddeling zoals bedoeld in artikel 9.4 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekering'.

Voorwaarde voor vergoeding

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Verblijft u in een psychiatrisch ziekenhuis? Dan vergoeden wij niet de kosten van overnachting in een gasthuis en vervoer van gezinsleden.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen
Large	maximaal € 35,- per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle gezinsleden samen
Extra Large	maximaal € 35,- per dag voor alle gezinsleden samen

Artikel 30 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Ondergaat u een poliklinische behandelcyclus? Dan vergoeden wij de kosten van overnachting in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis in Nederland. Dit Ronald McDonaldhuis of ander gasthuis ligt in de nabijheid van het ziekenhuis. Er is sprake van een poliklinische behandelcyclus als u op 2 of meer aaneengesloten dagen behandeld wordt, maar niet in het ziekenhuis verblijft.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van de nacht voorafgaand aan de eerste behandel dag.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal € 35,- per dag
Large	maximaal € 35,- per dag
Extra Large	maximaal € 35,- per dag

Artikel 31 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie.

Voorwaarden voor vergoeding

De behandeling moet plaatsvinden in:

- 1 de praktijk van een hiertoe bevoegde huisarts, als het gaat om een mannelijke verzekerde;
- 2 een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (poliklinisch of in dagbehandeling).

Let op! Als de sterilisatie plaatsvindt in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, dan kan het voorkomen dat een deel van de behandeling onder het eigen risico valt. Dit geldt voor het 1e consult of voor de nacontrole. Als na het 1e consult de sterilisatie niet binnen 90 dagen plaatsvindt, dan wordt het 1e consult los gedeclareerd en valt het consult onder de basisverzekering. Als de nacontrole van de sterilisatie na meer dan 42 dagen na de operatie plaatsvindt, wordt de nacontrole ook los gedeclareerd. Ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra zijn namelijk wettelijk verplicht om binnen deze termijnen te declareren.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet u laten behandelen door een hiertoe bevoegde huisarts of een medisch specialist die wij hiervoor hebben gecontracteerd.

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Is er sprake van een hersteloperatie? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	100%
Extra Large	100%

Artikel 32 2e Arts Online

Wij vergoeden de kosten van 2e Arts Online. Dit is een digitaal platform waarop u bij twijfel over een gestelde diagnose en/of behandeling een (medisch) specialist kan kiezen en hem/haar een vraag kan stellen over een gestelde diagnose en/of behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

U neemt contact op met de Persoonlijke Zorgcoach via telefoonnummer 033 422 81 88. Uw Persoonlijke Zorgcoach stuurt de aanvraag naar 2e Arts Online. U kunt deze aanvraag op de tool via een inlogcode zelf aanvullen en een eigen medisch specialist van het betreffende specialisme kiezen. De medisch specialist van 2e Arts Online krijgt via de online tool uw vraag en beantwoordt deze binnen 3 werkdagen met een toelichting over de gestelde diagnose, behandeling en/of onderzoek.

Vergoeding

Small	100%
Medium	100%
Large	100%
Extra Large	100%

Zwanger (worden)/baby/kind

Artikel 33 Adoptiekraamzorg of medische screening bij adoptie

Wij vergoeden bij adoptie de kosten van adoptiekraamzorg óf van medische screening (preventief onderzoek). Het gaat hierbij om één of meerdere kinderen die u tijdens de looptijd van uw basisverzekering wettig geadopteerd heeft en bij ons heeft ingeschreven voor de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Voor kraamzorg moet uw adoptiekind op het moment van adoptie jonger zijn dan 12 maanden en nog geen deel uitmaken van uw gezin.
- 2 U kunt alleen voor medische screening kiezen, als uw adoptiekind uit het buitenland komt.
- 3 Een kinderarts moet de medische screening uitvoeren.
- 4 De medische screening moet een verplicht onderdeel van het adoptieproces zijn.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet de adoptiekraamzorg afnemen bij een kraamcentrum dat wij gecontracteerd hebben.

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

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind
Large	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind
Extra Large	adoptiekraamzorg: maximaal 10 uur óf medische screening bij adoptie: maximaal € 300,- per adoptiekind

Artikel 34 Eigen bijdrage bevalling en verloskundige zorg

Bent u zonder medische indicatie poliklinisch bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum onder leiding van een verloskundige of huisarts? Dan bent u hiervoor een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd op basis van de basisverzekering. Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van deze in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	100%
Large	100%
Extra Large	100%

Artikel 35 Elektrische borstkolf

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van aanschaf of huur van een elektrisch borstkolfapparaat.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a losse onderdelen van het elektrisch borstkolfapparaat;
- b de aanschaf van tweedehands borstkolven.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal € 75,- per bevalling
Large	maximaal € 75,- per bevalling
Extra Large	maximaal € 75,- per bevalling

Artikel 36 Heupondersteuningsband bij zwangerschap

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van een heup- en buikondersteuningsband die nodig is tijdens de zwangerschap.

Voorwaarde voor vergoeding

De band moet zijn voorschreven door een huisarts, verloskundige, medisch specialist of fysiotherapeut.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 50,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra Large	maximaal € 75,- voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 37 Kraampakket

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

Voorwaarde voor vergoeding

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	100%
Large	100%
Extra Large	100%

Artikel 38 Kraamzorg

Hieronder leest u in welke gevallen wij de wettelijke eigen bijdrage en/of eigen betaling voor kraamzorg vergoeden.

38.1 Eigen bijdrage partusassistentie

Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor partusassistentie (uren die de kraamverzorgende aanwezig is tijdens de bevalling)? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	100%
Large	100%
Extra Large	100%

38.2 Eigen bijdrage kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum

Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor de kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	100%
Large	100%
Extra Large	100%

38.3 Eigen bijdrage kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische indicatie

Bent u vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd voor kraamzorg in een ziekenhuis zonder medische indicatie? Dan vergoeden wij deze aan vrouwelijke verzekerden.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	geen dekking
Extra Large	100%

38.4 Uitgestelde kraamzorg

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

Voorwaarde voor vergoeding

Het kraamcentrum moet de uitgestelde kraamzorg medisch noodzakelijk vinden.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! U moet de kraamzorg afnemen bij een kraamcentrum dat wij gecontracteerd hebben.

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal 15 uur per zwangerschap, u betaalt zelf de eigen bijdrage van € 4,20 per uur
Large	maximaal 15 uur per zwangerschap, u betaalt zelf de eigen bijdrage van € 4,20 per uur
Extra Large	maximaal 15 uur per zwangerschap

38.5 Extra kraamzorg en/of huishoudelijke hulp

Wij vergoeden, na een zwangerschap en bevalling, aan vrouwelijke verzekerden de kosten van extra kraamzorg en/of huishoudelijke hulp. De extra kraamzorg is een aanvulling op de uren kraamzorg uit de basisverzekering zoals vastgesteld in het Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 De extra kraamzorg en/of huishoudelijke hulp moet direct aansluiten op de kraamzorguren uit de basisverzekering.
- 2 Het totaal van de kraamzorguren en huishoudelijke hulp samen mag niet meer zijn dan 80 uur.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De huishoudelijke hulp moet worden gegeven door 'Zorg voor U' of 'RST zorgverleners'. Voor de extra kraamzorg moet u gebruik maken van een kraamcentrum dat wij gecontracteerd hebben.

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal € 150,- per bevalling
Large	maximaal € 300,- per bevalling
Extra Large	maximaal € 300,- per bevalling

Artikel 39 Lactatiekundige zorg

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

Voorwaarde voor vergoeding

De lactatiekundige moet aangesloten zijn bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL) of voldoen aan de kwaliteitseisen van die beroepsvereniging. Of de lactatiekundige moet in dienst zijn van een kraamcentrum dat wij hebben gecontracteerd.

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal € 80,- per persoon per kalenderjaar
Large	maximaal € 80,- per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 40 TENS bij bevalling

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van een TENS voor pijnbestrijding tijdens een bevalling. Een verloskundige of een als verloskundige actieve huisarts moet de bevalling begeleiden.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De apparatuur moet worden geleverd door een leverancier die wij hebben gecontracteerd.

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.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	1 apparaat voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Large	1 apparaat voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra Large	1 apparaat voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 41 Natuurlijke vruchtbaarheidsmethoden

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van:

- a de Basiscursus voor gezinsplanning van Sensiplan of
- b de cursus FertilityCare (om de cyclus te observeren en te interpreteren).

Vergoeding

Small	maximaal € 300,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Medium	maximaal € 300,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Large	maximaal € 300,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra Large	maximaal € 300,- per persoon voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 42 Zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger"

Wij vergoeden de abonnementskosten van het zelfhulpprogramma "Slimmer Zwanger". Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor als tijdens de zwangerschap.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Large	1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Extra Large	1 abonnement voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

Artikel 43 Zwangerschapskursus

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten voor het volgen van cursussen:

- die u tijdens de zwangerschap voorbereiden op de bevalling en/of die u begeleiden tijdens de bevalling;
- die uw fysieke herstel na de bevalling bevorderen. In dit geval vergoeden wij de kosten tot maximaal 6 maanden na de bevalling.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet een bewijs van aanmelding en betaling aan ons geven.
- De cursussen moeten worden gegeven door:
 - een thuis- of kraamzorginstelling;
 - een verloskundigenpraktijk of gezondheidscentrum;
 - een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van de vereniging Samen Bevallend;
 - een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
 - een gekwalificeerde zorgverlener die is aangesloten bij Zwanger en Fit;
 - Mom in Balance.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal € 50,- per persoon per zwangerschap
Large	maximaal € 50,- per persoon per zwangerschap
Extra Large	maximaal € 75,- per persoon per zwangerschap

Overig

Artikel 44 Herstellingsoord of zorghotel

Wij vergoeden de kosten van verblijf in een herstellingsoord of zorghotel voor somatische gezondheidszorg (44.1). Daarnaast kunt u voor psychosomatische gezondheidszorg terecht in een aantal christelijke herstellingsoorden, waarmee wij afspraken hebben gemaakt (44.2).

44.1 Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel voor somatische gezondheidszorg

Verblijft u in een herstellingsoord of zorghotel voor somatische gezondheidszorg? Dan vergoeden wij de kosten hiervan.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- U moet verblijven in een herstellingsoord of zorghotel voor somatische gezondheidszorg dat voldoet aan onze criteria. Wilt u weten welke herstellingssoorden en zorghotels voldoen aan onze criteria? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet:

- de kosten van een behandeling in het kader van psychosomatische gezondheidszorg;
- de eigen bijdrage Wlz of Wmo.

44.2 Verblijf in een christelijk herstellingsoord voor psychosomatische gezondheidszorg

Verblijft u in een christelijk herstellingsoord voor psychosomatische gezondheidszorg? Dan vergoeden wij de kosten hiervan.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts.
- Het christelijk herstellingsoord moet het Keurmerk Christelijke Zorg hebben. Wilt u weten welke christelijke herstellingsoorden dit Keurmerk hebben? Kijk dan op www.prolife.nl/vergoedingen of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de eigen bijdrage Wlz of Wmo.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal € 50,- per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar voor de artikelen 44.1 en 44.2 samen
Large	maximaal € 50,- per dag tot maximaal 42 dagen per kalenderjaar voor de artikelen 44.1 en 44.2 samen
Extra Large	maximaal € 50,- per dag tot maximaal 56 dagen per kalenderjaar voor de artikelen 44.1 en 44.2 samen

Artikel 45 Hospice

Wij vergoeden de eigen bijdragen ten behoeve van een verzekerde bij verblijf in een hospice. De hospice moet participeren in het netwerk palliatieve zorg in de regio. De hospice mag geen deel uitmaken van een gezondheidsinstelling, zoals een verpleeg-, bejaarden- of verzorgingstehuis.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de eigen bijdrage die op grond van de Wlz in rekening wordt gebracht bij verblijf in een hospice.

Vergoeding

Small	maximaal € 115,- per dag tot maximaal 13 weken
Medium	maximaal € 115,- per dag tot maximaal 13 weken
Large	maximaal € 115,- per dag tot maximaal 13 weken
Extra Large	maximaal € 115,- per dag tot maximaal 13 weken

Artikel 46 Kinderopvang tijdens en na ziekenhuisverblijf ouder(s)

Wordt een ouder die bij ons is verzekerd, opgenomen in een ziekenhuis? Dan regelen wij voor u kinderopvang aan huis buiten de uren die u normaal al geregeld heeft, vanaf de derde dag van de ziekenhuisverblijf tot en met de derde dag na het ontslag. Dit geldt voor inwonende kinderen tot 12 jaar. Het aantal uren kinderopvang dat wij vergoeden hangt af van de leeftijd van uw jongste kind.

Voorwaarde voor vergoeding

Wilt u gebruikmaken van kinderopvang? Dan heeft u vooraf toestemming van ons nodig. Neem hiervoor contact met ons op.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! De kinderopvang moet worden geregeld en geleverd door een instelling voor kinderopvang waarmee wij een contract hebben afgesloten.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- kinderopvang bij verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- uitbreiding van het aantal uren die u normaal al geregeld heeft bij een kinderdagverblijf.

Vergoeding

Small	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%
Medium	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%
Large	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%
Extra Large	maximaal 50 uur per week. Dossierkosten 100%

Artikel 47 Leefstijlinterventies

Hieronder leest u in welke gevallen wij de kosten van leefstijlinterventies vergoeden.

47.1 Diëtetiek door een diëtist

Wij vergoeden de kosten van diëtetiek door een diëtist. Diëtetiek is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel. Heeft u op grond van de basisverzekering aanspraak op diëtetiek? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de basisverzekering.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van én diëtetiek én voedingsvoorlichting (47.2) voor eenzelfde diagnose.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde diëtist

Let op! Laat u zich behandelen door een diëtist die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.

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

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	geen dekking
Extra Large	maximaal 2 uur per persoon per kalenderjaar

47.2 Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of diëtist

Wij vergoeden de kosten van voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of een diëtist. Voedingsvoorlichting is voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten, zonder medisch doel.

Voorwaarde voor vergoeding

De gewichtsconsulent moet aangesloten zijn bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN) of voldoen aan de betreffende kwaliteitseisen van de BGN.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- groepsbehandelingen voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent;
- én voedingsvoorlichting én dieetadviesing (47.1) voor eenzelfde diagnose.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	geen dekking
Extra Large	maximaal € 60,- per persoon per kalenderjaar

47.3 (Preventieve) cursussen

Wij vergoeden de kosten van de volgende (preventieve) cursussen:

- Bij **hartproblemen** een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hartproblemen. De cursus wordt georganiseerd door een thuiszorginstelling.
- Bij **reumatoïde artritis, artrose of de ziekte van Bechterew** een cursus met als doel patiënten te leren omgaan met hun ziekte. De cursus moet worden georganiseerd door het Reumafonds of een thuiszorginstelling.
- Bij **diabetes type 2** een patiënten-, basis- of vervolgeducatiecursus, georganiseerd door Diabetesvereniging Nederland (DVN) of door een thuiszorginstelling.
- Bij **afvallen** een cursus georganiseerd door een thuiszorginstelling. Of 1 van de schriftelijke en online programma's georganiseerd door Happy Weight. Of het 10 weekse voedings- en beweegprogramma 'Afvallen & Afblijven' georganiseerd door een andere aanbieder waarmee wij afspraken hebben gemaakt. Wilt u weten met welke aanbieder(s) wij afspraken hebben gemaakt? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op.
- Een cursus **stoppen met roken**, georganiseerd door Allen Carr, I Quit Smoking, een thuiszorginstelling of door hiervoor door ons gecontracteerde lasertherapeuten bij Prostop Lasertherapie, Lasercentrum Smoke Free en Lasercentra Noord-Oost Nederland.
- Een **basis reanimatiecursus** via de Nederlandse Hartstichting.
- Een **EHBO cursus** die opleidt tot het diploma Eerste Hulp van het Oranje Kruis of het certificaat Eerste Hulp van het Rode Kruis. De cursus moet worden georganiseerd door:
 - de plaatselijke EHBO-vereniging;
 - het Rode Kruis;
 - iedereen EHBO (internetcursus).
- Een **cursus eerste hulp bij kindergevallen**. De cursus moet worden georganiseerd door:
 - een thuiszorginstelling;
 - de plaatselijke EHBO-vereniging;
 - iedereen EHBO (de internetcursus EHBO bij kinderen).
- Een **cursus babymassage**. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.
- Een **cursus kanjertraining**. De cursus moet worden gegeven door licentiehouders aangesloten bij Instituut voor Kanjertrainingen B.
- Een **online slaapcursus** of 'de slaapcoach' waarbij u online professioneel advies en praktische oplossingen krijgt om beter te slapen. De cursus moet worden georganiseerd door Somnio.
- Een **cursus geheugentraining**. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.
- Het **valpreventieprogramma** 'In Balans'. Dit programma kunt u volgen bij een PlusPraktijk fysiotherapie en/of oefentherapie die hieraan deelneemt. Wilt u weten welke PlusPraktijken fysiotherapie en/of oefentherapie hieraan deelnemen? Gebruik dan de Zorggids op www.prolife.nl/zorggids of neem contact met ons op. U kunt ook een valpreventieprogramma bij een thuiszorginstelling volgen.

- n Een **cursus lekker in je vel**. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.
- o Een **cursus droogbedtraining**. De cursus moet worden georganiseerd door GG&GD.
- p **Cursussen** georganiseerd door een **GGZ instellingen**.
- q **Cursussen** georganiseerd door **patiëntenverenigingen** die aangesloten zijn bij de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF).
- r Een **cursus Oei, ik groei!** Dit is een online eCursus van Twise Victory B.V.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

Vergoeding

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

47.4 Zorg voor vrouwen

Wij vergoeden de kosten van gezondheidsadviezen: Overgangsklachten, Zwanger worden & Zwangerschap, Menstruatieproblemen, Anticonceptie en Borstzelfonderzoek.

Voorwaarde voor vergoeding

Het consult moet worden gegeven door een zorgverlener die is aangesloten bij Care for Women. U mag voor de overgangsklachten ook naar een overgangsconsulent van de Vereniging Verpleegkundig Overgangsconsulenten (VVOG). Of een zorgverlener die voldoet aan de kwaliteitseisen van één van deze organisaties.

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

47.5 Zelfhulpprogramma IncoCure

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden met incontinentieproblemen 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

47.6 Leefstijltrainingen

Wij vergoeden de kosten van maximaal 1 basis leefstijltraining voor:

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

De cursus moet zijn georganiseerd door Leefstijl Training & Coaching.

Voorwaarden voor vergoeding

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

Vergoeding

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

Artikel 48 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 Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG Raad). Hieronder vallen ook de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV), Way of Life (NVP Jongeren), het Landelijk Platform GGZ (LPGGz) en de Protestants Christelijke Ouderen Bond (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

Artikel 49 Mantelzorgvervangende voor gehandicapten en chronisch zieken

Bent u gehandicapt of chronisch ziek en ontvangt u thuis mantelzorg? Dan vergoeden wij bij afwezigheid van die mantelzorg de kosten van vervangende zorg.

Voorwaarden voor vergoeding

- De zorg moet worden geleverd door Handen-in-huis (Stichting Mantelzorgvervangende Nederland in Bunnik) of via NPV-thuishulp (Nederlandse Patiënten Vereniging). Zij verzorgen ook de aanvraag. U kunt rechtstreeks contact opnemen met Handen-in-huis via telefoonnummer 030 659 09 70 of met NPV-thuishulp via 031 854 78 88.
- U moet de zorg 8 weken van tevoren aanvragen.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal 21 dagen per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal 21 dagen per persoon per kalenderjaar

Artikel 50 Sportarts

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

Voorwaarde voor vergoeding

De Sportmedische Instelling moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde Sportmedische Instellingen via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

Vergoeding

Small	maximaal € 130,- per persoon per kalenderjaar
Medium	maximaal € 130,- per persoon per kalenderjaar
Large	maximaal € 130,- per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal € 130,- per persoon per kalenderjaar

Artikel 51 Sportmedisch onderzoek

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

Voorwaarde voor vergoeding

De Sportmedische Instelling moet zijn gecertificeerd door de Stichting Certificering Actoren in de Sportgezondheidszorg (SCAS). U vindt de door de SCAS gecertificeerde Sportmedische Instellingen via de website www.sportzorg.nl/zoek-een-sportzorgprofessional.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Voert een sportarts een (verplichte) sportkeuring of sportmedisch onderzoek uit om uw individuele gezondheid en geschiktheid te beoordelen? En moet dit onderzoek uitwijzen of u een specifieke sport kunt uitoefenen of toegelaten kunt worden tot een sportopleiding? Dan vergoeden wij de kosten hiervan niet.

Vergoeding

Small	maximaal € 100,- per persoon per 2 kalenderjaren
Medium	maximaal € 100,- per persoon per 2 kalenderjaren
Large	maximaal € 100,- per persoon per 2 kalenderjaren
Extra Large	maximaal € 100,- per persoon per 2 kalenderjaren

Artikel 52 Terminale zorg door vrijwilligers thuis

Wij vergoeden aan verzekerden in de laatste levensfase de kosten van zorg door een vrijwilliger thuis.

Voorwaarde voor vergoeding

De vrijwilliger moet lid zijn van een vrijwilligersorganisatie die aangesloten is bij het steunpunt van de landelijke vereniging Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ) of de Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV).

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	maximaal € 115,-
Large	maximaal € 115,-
Extra Large	maximaal € 115,-

Artikel 53 Therapeutische vakantiecampen

Wij vergoeden de kosten van therapeutische vakantiecampen voor kinderen (53.1) en voor gehandicapten (53.2).

53.1 Therapeutisch vakantiecamp voor kinderen

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

- Stichting Lekker Vel;
- Stichting Heppie (voor kinderen met astma en/of constitutioneel eczeem);
- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen;
- Stichting De Ster (Sterkamp en Maankamp);
- Nederlandse Hartstichting (Jump);
- Bas van de Goor Foundation (sportkampen voor diabetici).

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een betalingsbewijs aan ons geven.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar

53.2 Therapeutisch vakantiecamp voor gehandicapten

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

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een betalingsbewijs aan ons geven.

Vergoeding

Small	geen dekking
Medium	geen dekking
Large	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar
Extra Large	maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar

Vergoedingen Tandartsverzekeringen

Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een tandartsverzekering afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus.

Gaat u naar een tandarts? Dan vergoeden wij 100% van de kosten van consulten (C-codes) en een second opinion, mondhygiëne (M-codes), tandvleesbehandelingen (codes T21 en T22) vullingen (V-codes) en extracties (H-codes).

Vergoeding kosten mondhygiënist

Mondhygiëne, behandeling van tandvleesaandoeningen en kleine vullingen mogen ook worden uitgevoerd door een mondhygiëniste. De mondhygiënist mag, afhankelijk van welke behandeling u krijgt, zowel M-codes (mondhygiëne) als T-codes (parodontologische behandelingen) declareren. Declareert een mondhygiëniste T-codes (anders dan de codes T21 en T22)? Dan vergoeden wij maximaal 75%.

Vergoeding kosten overige behandelingen

Wij vergoeden de kosten van overige behandelingen voor maximaal 75%.

Let op! Wij vergoeden alleen de kosten als de maximale vergoeding van de door u gekozen tandartsverzekering nog niet is bereikt.

Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen (C70, C75 en C76);
- b een afspraak die u niet bent nagekomen (C90);
- c uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97, E98 en E00);
- d mandibulair repositieapparaat (MRA: een prothese tegen snurken) en de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- e orthodontie;
- f abonnementen;
- g volledige narcose;
- h gecompliceerde extractie door de kaakchirurg, deze wordt uit de basisverzekering vergoed;
- i gedeeltelijk voltooid werk.

Maximale vergoedingen

De totale maximale vergoeding is afhankelijk van uw pakket. Hieronder leest u de vergoedingen voor de verschillende pakketten.

Tandartsverzekering Small

- Wij vergoeden C-codes, M-codes, de codes T21 en T22, V-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar.

Tandartsverzekering Medium

- Wij vergoeden C-codes, M-codes, de codes T21 en T22, V-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar.

Tandartsverzekering Large

- Wij vergoeden C-codes, M-codes, de codes T21 en T22, V-codes en H-codes voor 100%.
- Van overige codes vergoeden wij 75% van de kosten.
- De totale vergoeding is maximaal € 1.000,- per persoon per kalenderjaar.

Contact

Heeft u vragen?

U kunt Pro Life op vele manieren bereiken.

Telefonisch

Onze Klantenservice staat u graag te woord.

Bel **033 422 81 88**

Schriftelijk

Pro Life Zorgverzekeringen

Postbus 709

3800 AS Amersfoort

Via internet

Veel informatie over onze zorgverzekeringen

kunt u zelf vinden op onze website:

www.prolife.nl