Voorwaarden

Zorgverzekering - Basis

Ingangsdatum: 1 januari 2026



Contact

We staan graag voor u klaar. Wilt u contact met ons opnemen?

Dat kan op verschillende manieren. U kiest.

U kunt ons appen, chatten of via fbto.nl contact met ons opnemen. Wij staan graag voor u klaar.

Fbto.nl

Hier vindt u meer informatie over onze (zorg)verzekeringen. Wilt u uw persoonsgegevens of verzekeringen wijzigen? Dat doet u makkelijk en snel in fbto.nl/mijnfbto. Op het moment dat het u past.

FBTO Alarmcentrale: +31 (0)58 234 56 50

Krijgt u in het buitenland te maken met een situatie waarbij u hulp nodig heeft?

Neem dan zo snel mogelijk contact op met de FBTO Alarmcentrale: +31 (0)58 234 56 50.

Declareren van nota's

Uw zorgkostennota's declareren

Vanuit de Zorgverzekeringswet bent u verplicht het eerste deel van uw zorgkosten van uw basisverzekering zelf te betalen. Behalve voor bijvoorbeeld de huisarts, verloskundige, hulpmiddelen in bruikleen en kraamzorg. Dit is het verplicht eigen risico. Daarom is het belangrijk dat u al uw zorgkostennota's bij ons indient, dan zien we hoeveel zorgkosten u al zelf heeft betaald.

Dit geldt ook als u een vrijwillig eigen risico heeft gekozen. Er geldt geen eigen risico voor zorg uit de aanvullende module(s).

Zo declareert u uw zorgnota's bij FBTO

a. Download de FBTO Zorg app. Of ga naar fbto.nl/mijnfbto.
b. Log in met uw DigiD.
c. Vervolgens verstuurt u uw nota via de FBTO Zorg app.
d. Zorg ervoor dat belangrijke gegevens zoals uw relatienummer, BSN, geboortedatum, naam en adres op de nota staan.
   Let op: stuur ons altijd de originele nota.
e. Druk op 'versturen' en klaar!
f. We betalen de nota binnen 1 werkdag.

U ontvangt uw nota's niet terug

FBTO stuurt geen nota's terug. Maak dus een kopie voor uw eigen administratie, voordat u de nota's opstuurt.

Zo declareert u uw zorgnota's bij FBTO

1. Download de FBTO Zorg app. Of ga naar fbto.nl/mijnfbto.
2. Log in met uw DigiD.
3. Vervolgens verstuurt u uw nota via de FBTO Zorg app.
4. Zorg ervoor dat belangrijke gegevens zoals uw relatienummer, BSN, geboortedatum, naam en adres op de nota staan.
   Let op: stuur ons altijd de originele nota.
5. Druk op 'versturen' en klaar!
6. We betalen de nota binnen 1 werkdag.

Check of u toestemming van ons nodig heeft voor uw behandeling

Op basis van de polisvoorwaarden moet u voor een aantal behandelingen of verstrekkingen vooraf toestemming aan ons vragen. De belangrijkste zijn:

- hulpmiddelen;
- kunstgebit of klikgebit (prothese);
- bijzondere tandheelkunde (bijvoorbeeld bij implantaten);
- bijzondere orthodontie;
- ziekenvervoer;
- voor verpleging en verzorging (wijkverpleging) wanneer u gebruik wilt maken van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener.

Dit is niet de volledige lijst. Naast deze behandelingen adviseren wij u bij plastische chirurgie vooraf te informeren naar de vergoedingsmogelijkheden.

Wij raden aan altijd vooraf bij ons te controleren of u toestemming moet vragen.

Voorwaarden van de basisverzekering en aanvullende module(s) van FBTO

De overheid bepaalt de inhoud van de basisverzekering.

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.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners.

Bij een naturaverzekering met selectieve contractering heeft u recht op zorg, medicijnen of hulpmiddelen (in "natura"). Het hebben van een naturaverzekering 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 A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?.

Hulpmiddelen

Visuele hulpmiddelen (met uitzondering van oogpleisters), hulpmiddelen voor mobiliteit, verpleging en verzorging op bed, en incontinentie-of stomamaterialen krijgt u alleen 100% vergoed als u deze online bestelt bij speciaal voor FBTO Zorgverzekering Basis gecontracteerde leveranciers. Bestelt u deze hulpmiddelen niet online of bij een andere leverancier, terwijl een gecontracteerde leverancier deze hulpmiddelen ook kan leveren? Dan heeft u recht op een maximale vergoeding van 65% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Wilt u weten welke leveranciers wij speciaal voor FBTO Zorgverzekering Basis gecontracteerd hebben? Bekijk zorgzoeker.fbto.nl.

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 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 Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

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 module(s).

De voorwaarden zijn als volgt ingedeeld:

- 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);
- Algemene voorwaarden aanvullende module(s);
- de Vergoedingen aanvullende module(s);
- Clausuleblad.

Voorwaarden van de basisverzekering en aanvullende module(s) van FBTO

Hoe vindt u de zorg die u zoekt?

Uw zorg kan vergoed worden uit uw basisverzekering en/of uw aanvullende module(s). De verzekerde zorg van de basisverzekeringen vindt u in hoofdstuk B. Verzekerde zorg basisverzekeringen. De vergoedingen van de aanvullende module(s)vindt u in hoofdstuk Vergoedingen aanvullende module(s).

Let op!

Het kan zijn dat uw zorg uit zowel de basisverzekering als uw aanvullende module vergoed wordt. U moet dan op meerdere plaatsen in deze voorwaarden zoeken om de totale vergoeding te vinden. De vergoeding vanuit de aanvullende module komt boven op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Toestemming nodig?

Bij een aantal vergoedingen staat, dat wij u vooraf toestemming moeten verlenen. U kunt deze toestemming online bij ons aanvragen. Voor meer informatie over toestemming kunt u terecht op onze website.

Verplicht eigen risico

De basisverzekering kent voor iedereen van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico voor 2026 is door de overheid vastgesteld op € 385,-. U betaalt geen eigen risico voor:

- zorg die wordt vergoed vanuit uw aanvullende module(s);
- zorg van een huisarts;
- zorg voor kinderen tot 18 jaar;
- bruikleenartikelen met uitzondering van onderhouds- en gebruikskosten;
- kraamzorg en verloskundige hulp (u betaalt wel eigen risico voor: geneesmiddelen, bloeddrukonderzoeken 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;
- gecombineerde leefstijlinterventie;
- de kosten van een meekijkconsult (waaronder ook het verkennend gesprek in de GGZ) en het meedenkadvies wanneer dit is aangevraagd door uw huisarts.

In artikel A.6 Wat is uw verplicht eigen risico? leest u meer over het verplicht eigen risico.

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 € 200,- of € 500,-. Uw premie voor de basisverzekering wordt hierdoor lager. In artikel A.7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico? leest u meer over het vrijwillig gekozen eigen risico.

Inhoudsopgave

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen **8**

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd? 8

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld? 9

A.3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)? 10

A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan? 12

A.5 Wat zijn uw verplichtingen? 16

A.6 Wat is uw verplicht eigen risico? 19

A.7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico? 22

A.8 Wat betaalt u? 25

A.9 Wat gebeurt er als u niet op tijd betaalt? 26

A.10 Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft? 27

A.11 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen? 29

A.12 Wanneer gaat uw basisverzekering in? 30

A.13 Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen? 31

A.14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering? 32

A.15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland? 34

A.16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling 36

A.17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn? 37

A.18 Heeft u een klacht? 38

A.19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens? 39

A.20 Wat zijn de gevolgen van fraude? 41

A.21 Begripsbepalingen 42

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen **52**

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck 53
Hulpmiddelen 61
Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten 62
Mond en tanden (mondzorg) 65
Ogen en oren 73
Psychische zorg 76
Spreken en lezen 78
Vervoer 79
Voeten 82
Ziekenhuis en verpleging 85
Zwanger (worden)/baby/kind 98
Overig 104

C. Algemene voorwaarden aanvullende module(s) **110**

C.1 Hoe sluit u aanvullende modules af? 111
C.2 Wat verzekert de aanvullende module? 113
C.3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico? 115
C.4 Wat betaalt u? 116
C.5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen? 117
C.6 Wanneer gaat uw aanvullende module in? En hoe wijzigt u deze? 118
C.7 Hoe beëindigt u uw aanvullende module? 119
C.8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende module? 120
C.9 Hoe gaan wij om met materiële controle? 121
C.10 Begripsbepalingen 122

Vergoedingen aanvullende module(s) **123**

D. Module Spieren & Gewrichten 124
E. Module Tand 127
F. Module Tand ongeval 129
G. Module Zorg in het buitenland Europa 131
H. Module Zorg in het buitenland Wereld 135
I. Module Zorg & Herstel 139

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.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. interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
e. de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
f. het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

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 was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09.

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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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

2.1 Recht op zorg

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 'B. Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door op fbto.nl de verzekering af te sluiten.

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. Jaarlijks wordt u (verzekeringnemer) door ons geïnformeerd over de wijzigingen in de verzekering en de nieuwe premie (voor u en uw medeverzekerden). U ontvangt hiervoor een (gezins)polisblad. Daarnaast stellen wij jaarlijks de polisbladen beschikbaar via fbto.nl/mijnfbto. Klanten met voorkeur voor postale communicatie ontvangen een nieuw polisblad wanneer er wijzigingen in de polis worden doorgegeven. U ontvangt ook een zorgpas van ons. U ontvangt deze digitaal, tenzij u om een fysieke zorgpas vraagt. 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. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 Geen recht op zorg als gevolg van bijzondere situaties in Nederland

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 muiterij.

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

3.2 Keuring, griepprik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

a. keuringen;
b. griepprikken;
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) zonder medische noodzaak;
h. het afgeven van doktersverklaringen.

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 zorg, als u:

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

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

3.4 Geen recht op 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, GGD-arts (bij TBC of SOA) 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 zorg die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet uzelf zorg of een dienst verlenen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen recht op deze zorg of dienst. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u zorg of een dienst verleent? 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

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de zorg of dienst uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

Let op!
Deze voorwaarde geldt niet voor zorg welke via een Zvw-pgb wordt verstrekt.

3.6 Zorg die voortvloeit uit terrorisme

3.6.1 Recht op een deel van de zorg

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 Definities en bepalingen

De exacte definities en bepalingen bij de hiervoor genoemde aanspraak staan in het clausuleblad terrorismedekking van de NHT. Deze clausule en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op nht.vereende.nl. Het clausuleblad kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

3.6.3 Aanvullende betaling

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 Geen recht op zorg die op grond van een andere wet wordt vergoed

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. De aard van de zorgbehoefte bepaalt uit welke wet u de zorg vergoed krijgt. Als er onduidelijkheid bestaat over de aanspraak, behouden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (zoals CIZ, gemeente, zorgverlener, mantelzorger, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening recht op zorg bestaat. De aanspraak onder de Zvw eindigt wanneer de zorg kan worden bekostigd onder de Wlz.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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

4.1 Recht op zorg bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgverleners

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, zorginstellingen of leveranciers 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.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC), dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of het ZBC verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een ZBC alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of ZBC's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

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 verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U kunt met een dergelijk verzoek van ons instemmen, of u kunt wachten tot het nieuwe jaar.
3. Via de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl 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 Zorgzoeker te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2026, in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2026 misschien een beperkter keuzeaanbod heeft als op 1 januari 2026. Houd u hier rekening mee.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

Let op!
Dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende module. In artikel C.2.1 Wat wij vergoeden leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende module geldt.

Voor hulpmiddelen hebben wij een beperkt aantal zorgverleners gecontracteerd. Dit noemen wij selectieve contractering.

4.3.1 Naturapolis met selectieve contractering (FBTO Zorgverzekering Basis)

Heeft u de naturapolis (FBTO Zorgverzekering Basis) en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener, dan vergoeden wij de kosten van verzekerde zorg tot maximaal 65% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet gecontracteerde zorgverleners, wordt er bij de vaststelling van niet-gecontracteerde tarieven geen rekening gehouden met de kwaliteitsopslagen.

Op onze website vindt u een lijst met de tarieven op basis van 65% van het gemiddeld gecontracteerd tarief per zorgsoort. U kunt de tarieven ook bij ons opvragen.

Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief voor Zelfstandige Behandelcentra's (ZBC's) wordt uitgegaan van de ZBC-tarievenlijst. De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voor onderzoek (eerstelijns diagnostiek) dat de huisarts of verloskundige voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgverlener wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek) vergoeden wij de kosten tot maximaal 65% van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van van het gemiddeld gecontracteerde tarief? Dan kunt u het bedrag bij ons opvragen. De lijst met tarieven is ook te vinden op onze website.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het Wmg-tarief of het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u (een indicatie van) dit bedrag bij ons opvragen.

Hardheidsclausule

Zorgbemiddeling kan u helpen bij het vinden van een zorgverlener die past bij uw situatie. Kiest u voor een zorgverlener met een contract? Dan vergoeden wij het afgesproken tarief volledig. Wilt u naar een zorgverlener zonder contract? Maar vindt u het bedrag dat u zelf moet betalen een belemmering om naar deze zorgverlener te gaan? Dan is er mogelijk sprake van een hinderpaal. U kunt bij ons een schriftelijk verzoek indienen om de lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te verhogen. Geef dan bij ons aan dat u een beroep doet op het hinderpaalcriterium en waarom u vindt dat er in uw situatie sprake is van een belemmering. Wij vertellen u binnen 4 weken of wij een hogere vergoeding kunnen bieden.

4.3.2 Selectieve contractering hulpmiddelen

Voor visuele hulpmiddelen (met uitzondering van oogpleisters), hulpmiddelen voor mobiliteit, hulpmiddelen voor verpleging en verzorging op bed en incontinentie- of stomamaterialen geldt dat u alleen recht heeft op een volledige vergoeding als u deze online bestelt bij de door ons speciaal voor FBTO Zorgverzekering Basis gecontracteerde leveranciers. Als u voor deze hulpmiddelen naar een andere leverancier gaat, terwijl een voor FBTO Zorgverzekering Basis gecontracteerde leverancier deze hulpmiddelen ook kan leveren, dan vergoeden wij de kosten van verzekerde zorg tot maximaal 65% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet-gecontracteerde zorgverleners, wordt er bij de vaststelling van niet-gecontracteerde tarieven geen rekening gehouden met kwaliteitsopslagen.

Wilt u weten welke leveranciers wij speciaal voor FBTO Zorgverzekering Basis gecontracteerd hebben? En welke hulpmiddelen zij kunnen leveren? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

4.3.3 Voor deze zorg kunt u ook bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen terecht

Voor een aantal behandelingen geldt de toepassing van de lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen uit artikel 4.3.1 niet. Het gaat om:

a. spoedeisende zorg;
b. verloskunde;
c. behandelingen die vallen onder 'overige zorgproducten', zoals kaakchirurgie, laboratoriumonderzoek of röntgenfoto's;
d. behandelingen waarvoor u door uw behandelend specialist naar een meer gespecialiseerd ander ziekenhuis bent verwezen (tertiaire verwijzing).
   Let op! Bij een verwijzing naar een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum of extramuraal werkend medisch specialist wordt de zorg vergoed op basis van de polisvoorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg. Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl . Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf en/of een deel van de rekening moet betalen;
e. zorg conform de Wet bijzondere medische verrichtingen;
f. behandelingen die vallen onder de geestelijke gezondheidszorg (GGZ);
g. vervolgbehandelingen op de behandelingen uit a t/m f, indien deze deel uitmaken van dezelfde zorgvraag.

Voor deze zorg kunt terecht bij alle ziekenhuizen in Nederland. De vergoeding van deze zorg wordt begrensd door 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 de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Dit artikel is, met uitzondering van spoedeisende zorg, niet van toepassing op behandelingen in het buitenland. Zie voor spoedeisende zorg in het buitenland artikel A.15.

Is er sprake van een maximale vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverleners op basis van het Wmg-tarief of van het gemiddeld gecontracteerd tarief? Dan vindt u een lijst met de hoogte van deze maximale vergoedingen op onze website.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u een indicatie van dit bedrag bij ons opvragen.

> **Let op!**
> Start u na deze behandelingen een nieuwe behandeling die wel planbaar is? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis FBTO afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening 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. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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.

4.6 Zorgplicht

Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij 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 de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Is er sprake van een maximale vergoeding op basis van het Wmg-tarief of het in Nederland geldende marktconforme bedrag? Dan kunt u (een indicatie van) dit bedrag bij ons opvragen.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.5 Wat zijn uw verplichtingen?

5.1 Geen recht op zorg als u uw verplichtingen niet nakomt

Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op 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 (ingangsdatum) en hoe lang deze duurt.

b. Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie) via de FBTO Zorg app of fbto.nl/mijnfbto. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, voorschotnota's, begrotingen, kostenramingen, niet volledig gebruikte 'rittenkaarten' (vooruitbetaling van meerdere behandelingen in een keer tegelijk) 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). Indien u een nota van een zorgverlener zelf heeft betaald, kunnen wij u verzoeken om een betaalbewijs. Dit geldt ook wanneer u de nota van de zorgverlener contant heeft betaald. Als wij u verzoeken om een betaalbewijs of de originele nota en u ons hiervan niet kan voorzien, wijzen wij uw declaratie (alsnog) af en krijgt u hierover bericht. Een zorgnota kwalificeert niet als betaalbewijs, hierbij

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

moet u bijvoorbeeld denken aan een schriftelijke bevestiging van de zorgaanbieder, pintransactie of bankafschrift.

U (verzekeringsnemer) bent verplicht de originele nota's en betaalbewijzen te bewaren tot 2 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's en betaalbewijzen bij u opvragen.

Uw zorgverlener moet u een duidelijke uniforme nota geven, digitaal of op papier. Op een nota die u zelf indient (restitutienota) moeten minimaal de volgende gegevens vermeld staan;

- naam en adres van de zorgverlener;
- uw naam, geboortedatum, adres- en woonplaatsgegevens;
- de inhoud van de gegeven zorg;
- de datum of de periode waarin de zorg is gegeven (Bij vergoeding van de zorg gaat het om de datum van de behandeling of de levering. De datum van de rekening of de datum van een bestelling van een (hulp)middel is niet van belang);
- de kosten van de gegeven zorg;
- de juiste DBC-zorgproductcode indien het gaat om medisch specialistische zorg;
- de juiste aanspraak-, prestatie-, indicatie- en diagnosecode op de nota indien van toepassing op de door u gebruikte zorg;
- het nummer van de zorgverlener in het BIG-register (indien van toepassing);
- de AGB-code van de uitvoerende en, indien van toepassing en wanneer die anders is, ook de AGB-code van de declarerende zorgverlener vermeld staan als: het voor hen mogelijk is om bij Vektis een AGB-code aan te vragen; en/of dat op basis van deze polisvoorwaarden voor vergoeding van de zorg verplicht is. 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 vermeld staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld;
- de vereisten aan een rekening zoals de Belastingdienst die stelt voor de BTW.

Naast deze opsomming geldt voor zorg die is opgenomen in de Zorgverzekeringswet de wet- en regelgeving van de NZa. Voor zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekering gelden daarnaast de gegevens- en vormvereisten van Vektis met betrekking tot nota's die u zelf indient. Op onze website fbto.nl/zorgverzekering/declaratie vindt u meer informatie hoe een restitutienota eruit moet zien. Als de nota niet aan deze regels voldoet, kunnen wij deze niet in behandeling nemen.

Naast de regels van Vektis zijn er soms extra eisen voor bepaalde vergoedingen. Deze staan in de artikelen over de zorg die u heeft gebruikt.

U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen.

5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

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

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

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

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de voorwaarden recht op had. Wij nemen nota's niet in

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

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

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

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

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.6 Wat is uw verplicht eigen risico?

6.1 Als u 18 jaar of ouder bent betaalt u de eerste € 385,- van uw zorgkosten zelf

Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit bedrag is. In 2026 is het verplicht eigen risico € 385,- per verzekerde per kalenderjaar.

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

Let op!

Fysiotherapeutische behandelingen voor een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst “Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering” (B.1 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck) worden altijd verrekend met het eigen risico. Als de behandeling doorloopt in het volgende jaar, dan begint het eigen risico weer opnieuw te tellen.

6.2 Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

a. de kosten van zorg of overige diensten die in 2026 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota’s pas na 31 december 2027 ontvangen, tenzij het aan u te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend;
b. de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. De volgende zorg vormt hierop een uitzondering:
   - de kosten van zorg die samenhangt met de zorg die huisartsen plegen te bieden, 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;
   - zorg zoals huisartsen plegen te bieden maar die op grond van artikel B.42 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP) wordt verleend door een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten.
c. de directe kosten voor verloskundige zorg, kraamzorg en de NIPT en invasieve diagnostiek (bijv. vlokkentest en vruchtwaterpunctie) (B.34 Prenatale screening/diagnostiek). U betaalt wel eigen risico voor hiermee samenhangende kosten, zoals de kosten van geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek (in andere gevallen dan in het kader van de NIPT en invasieve diagnostiek) of ziekenvervoer;
d. de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:
   1. het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
   2. vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
e. de kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
f. de eventuele zorgkosten van de donor na de genoemde periode onder e, wanneer deze kosten verband houden met de opname voor donatie;

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

g. de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
h. de kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
i. de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal);
j. de kosten van gecombineerde leefstijlinterventies zoals omschreven in artikel B.36 Gecombineerde leefstijlinterventie voor verzekerden van 18 jaar en ouder;
k. zorgkosten die ontstaan door samenwerking tussen zorgverleners of tussen zorgverleners en derden, voor zover dat samenwerken direct ten dienste staat van de levering van zorg of overige diensten uit deze basisverzekering. Deze kosten zijn niet op persoonsniveau terug te rekenen. Hiervoor moet de betaaltitel 'Domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zvw' worden gebruikt;
l. de kosten van een meekijkconsult (waaronder ook het verkennend gesprek in de GGZ) en het meedenkadvies wanneer dit is aangevraagd door uw huisarts.

6.3 Verplicht eigen risico is vrijgesteld

Van het verplicht eigen risico hebben wij de volgende kosten vrijgesteld:
a. de directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek;
b. de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma en eventuele farmacotherapeutische interventies vallend onder artikel B.40 Stoppen-met-rokenprogramma. Dit geldt alleen wanneer u het programma en eventuele farmacotherapeutische interventies afneemt bij een gecontracteerde zorgverlener, anders dan een huisarts, medisch specialist of klinisch psycholoog;
c. de kosten die verbonden zijn aan het opzetten en uitvoeren van de coördinatiefunctie verblijf en die aan verzekerden worden doorbelast;
d. de kosten van zorg verleend door het Regionaal Expertiseteam Transmurale Palliatieve Zorg.

6.4 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.

6.5 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.

6.6 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.

6.7 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.

6.8 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. In het buitenland wordt

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

een behandeling niet gedeclareerd in de vorm van een DBC. De behandeldatum is in dat geval bepalend voor het eigen risico dat wij toepassen.

6.9 Verplicht eigen risico in mindering brengen

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

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?

7.1 U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico

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 € 200,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het 'Premieoverzicht 2026' 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 eigen risicobedrag (€ 385,- + € 500,- =) € 885,-. Ontvangt uw zorgverlener € 950,- van ons voor zorg die u heeft ontvangen? Dan brengen wij hierop het totale eigen risicobedrag in mindering. Deze € 885,- wordt automatisch van de rekening van de verzekeringnemer afgeschreven (zie ook artikel 6.9).

7.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen vrijwillig gekozen eigen risico

Wij houden geen vrijwillig gekozen eigen risico in op:

a. de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld. Daarnaast is ook uitgezonderd de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden maar die op grond van artikel B.42 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP) wordt verleend door een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten;
b. de directe kosten voor verloskundige zorg, kraamzorg en de NIPT en invasieve diagnostiek (bijv. vlokkentest en vruchtwaterpunctie) (B.34 Prenatale screening/diagnostiek). U betaalt wel eigen risico voor hiermee samenhangende kosten, zoals de kosten van geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek (in andere gevallen dan in het kader van de NIPT en invasieve diagnostiek) of ziekenvervoer;
c. de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan we:
    1. het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
    2. vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met een huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
d. nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
e. de eventuele zorgkosten van de donor na de genoemde periode onder d, wanneer deze kosten verband houden met de opname voor donatie;
f. de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
g. ketenzorg die gedeclareerd wordt volgens de Beleidsregel prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

h. de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal);
i. de kosten van gecombineerde leefstijlinterventies zoals omschreven in artikel B.36 Gecombineerde leefstijlinterventie voor verzekerden van 18 jaar en ouder;
j. zorgkosten die ontstaan door samenwerking tussen zorgverleners of tussen zorgverleners en derden, voor zover dat samenwerken direct ten dienste staat van de levering van zorg of overige diensten uit deze basisverzekering. Deze kosten zijn niet op persoonsniveau terug te rekenen. Hiervoor moet de betaaltitel 'Domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zvw' worden gebruikt;
k. de kosten van een meekijkconsult (waaronder ook het verkennend gesprek in de GGZ) en het meedenkadvies wanneer dit is aangevraagd door uw huisarts.

7.4 Vrijwillig gekozen eigen risico is vrijgesteld

Van het vrijwillig gekozen eigen risico hebben wij de volgende kosten vrijgesteld:

a. de directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek;
b. de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma en eventuele farmacotherapeutische interventies vallend onder artikel B.40 Stoppen-met-rokenprogramma. Dit geldt alleen wanneer u het programma en eventuele farmacotherapeutische interventies afneemt bij een gecontracteerde zorgverlener, anders dan een huisarts, medisch specialist of klinisch psycholoog;
c. de kosten die verbonden zijn aan het opzetten en uitvoeren van de coördinatiefunctie verblijf en die aan verzekerden worden doorbelast;
d. de kosten van zorg verleend door het Regionaal Expertiseteam Transmurale Palliatieve Zorg.

7.5 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.

7.6 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.

7.7 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.

7.8 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.

7.9 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.

7.10 Vrijwillig gekozen eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener of een zorgverlener met wie wij een betaalovereenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw Zvw-pgb. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

7.11 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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.8 Wat betaalt u?

8.1 Wij stellen de premie vast voor verzekerden van 18 jaar en ouder

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. Deze korting berekenen wij op basis van de premiegrondslag.

Het is mogelijk om uw premie per jaar vooruit te betalen. U ontvangt dan een korting op de totaal verschuldigde premie.

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.

Ruim voor de 18e verjaardag van deze verzekerde ontvangt u meer informatie over de mogelijkheid om tussentijds per de 18e verjaardag de verzekering te wijzigen.

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 A.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

U (verzekeringsnemer) betaalt de volgende bedragen via betaalmail of automatische incasso:

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

8.4 Afschrijving 14 dagen van tevoren aangekondigd

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

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.9 Wat gebeurt er als u niet op tijd betaalt?

9.1 Er zijn regels voor hoe u de premie betaalt

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

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

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

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

Heeft u (verzekeringnemer) ervoor gekozen om premie te betalen per 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, rente en incassokosten heeft betaald. Een uitzondering hierop is als wij de dekking van uw basisverzekering schorsen of opschorten of als wij uw opzegging binnen twee weken bevestigen.

9.5 Uitzondering op artikel A.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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.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? 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

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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 A.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 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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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

11.1 Aanpassing premiegrondslag en voorwaarden

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 7 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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.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 of ter beschikking is gesteld via fbto.nl/mijnfbto. U kunt dit herroepen via fbto.nl/mijnfbto. 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. Via fbto.nl/mijnfbto op onze website. 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? Dit kan bijvoorbeeld wanneer uw zoon/dochter 18 jaar wordt, uit huis gaat, of wanneer er sprake is van beëindiging van een relatie of huwelijk. Dan kunt u (verzekeringnemer) via fbto.nl/mijnfbto op onze website deze verzekering voor de verzekerde opzeggen. Is deze opzegging bij ons binnen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering? Dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.

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

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering

Wij beëindigen 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 A.20 van deze algemene voorwaarden basisverzekeringen;
e. bij overlijden;
f. als wij geen basisverzekering 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 Verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering

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 Vernietiging van de verzekeringsovereenkomst

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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

14.3.3 Niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd

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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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

15.1 Zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat

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 ziekenhuis of Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
c. vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het door ons gecontracteerde tarief in de situatie dat een gecontracteerd ziekenhuis of ZBC in het buitenland een diagnostisch deel van de gecontracteerde behandeling laat uitvoeren door een andere zorgverlener waar het gecontracteerde ziekenhuis of ZBC een samenwerkingsverband mee heeft;
d. 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, naast het eigen risico, verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!
Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.2 Vergoeding van zorg in een 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, naast het eigen risico, verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!
Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

15.3 Vooraf toestemming nodig bij zorg in het buitenland?

Voor zorg in het buitenland is vooraf toestemming nodig. Dit geldt voor:

a. Planbare zorg met een opname van minimaal 1 nacht in een niet-gecontracteerd ziekenhuis of niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum in het buitenland;
b. Dure geneesmiddelen in het buitenland:
    1. Een behandeling met medicatie die meer dan € 1.000,- per toediening kost in een niet-gecontracteerd erkend ziekenhuis of niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum in het buitenland;
    2. Een verstrekking van medicatie door een niet-gecontracteerde apotheek, een niet gecontracteerd erkend ziekenhuis of een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum in het buitenland waarbij de kosten van de medicatie meer dan € 1.000,- per maand bedragen.
c. Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ) (zie artikel B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ));
d. IVF, ICSI, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandeling of invriezen van eicellen in ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum in het buitenland (zie artikel B.31 In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitrificatie);
e. Repatriëring vanuit het buitenland (zie artikel Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring));
f. Overnachtings- en vervoerskosten bij experimentele behandeling in het buitenland (zie artikel Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland);
g. Overige aanspraken en vergoedingen uit de basis en/of aanvullende (tandarts)verzekering, voorzover volgens de voorwaarden het toestemmingsvereiste ook al voor zorg in Nederland geldt.

De zorg die in het buitenland wordt betrokken dient te allen tijde te voldoen aan de Nederlandse wet- en regelgeving en aan (de criteria van) de stand van wetenschap en praktijk, zoals deze in Nederland geldt. Zie ook de artikelen 1.2, 2.1 en 2.4.

Toestemming kunt u online aanvragen via fbto.nl/zorgverzekering/documenten/buitenland-check-machtiging of via het aanvraagformulier dat u bij ons kunt opvragen.

> **Tip!**
> Heeft u andere zorg nodig in het buitenland dan de zorg die in artikel 15.3 is beschreven? We raden u aan altijd contact met ons op te nemen om uw aanvraag te laten beoordelen. Dan weet u waar u aan toe bent!

15.4 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener 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.

15.5 Nota's uit het buitenland

Als de zorgnota's en bijbehorende documenten (bijvoorbeeld behandelverslagen) niet zijn opgesteld in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans, kunnen wij u vragen om de nota en/of bijbehorende documenten te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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

17.1 U moet ons inlichtingen verstrekken

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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.18 Heeft u een klacht?

18.1 U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Centrale Klachtencoördinatie

Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht digitaal voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtencoördinatie. 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 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 klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 5 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 via onze website. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 5 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 (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 Nederlands recht is 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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Wie is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens?

FBTO is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V., Achmea Zorgverzekeringen N.V. en FBTO Zorgverzekeringen N.V. zijn verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea B.V. behorende bedrijven onder andere:

a. om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
b. 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;
c. om producten en diensten te verbeteren;
d. om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
e. voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse;
f. om risico's in te schatten;
g. voor relatiebeheer;
h. om te voldoen aan wettelijke verplichtingen;
i. uitoefenen van verhaalsrecht, samenloop en afkoop.

Voor een volledig overzicht van de mogelijke gebruiksdoeleinden van uw gegevens verwijzen wij naar ons Privacy statement, te raadplegen op fbto.nl.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, houden wij ons aan de wetten en regels voor privacy. Onder andere:

- de Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Uitvoeringswet Algemene Verordening Gegevensbescherming;
- de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars;
- het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen;
- de gedragscode Persoonlijk Onderzoek;
- de Telecommunicatiewet.

Voor meer informatie zie ons Privacy statement, te raadplegen op fbto.nl.

19.2 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als FBTO 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 stichtingcis.nl.

19.3 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. Soms wisselen wij gegevens uit met andere verzekeraars om schade of kosten die wij vergoed hebben te verhalen, bijvoorbeeld op uw reisverzekeraar als die óók dekking biedt naast uw basis- of aanvullende module. Of op de aansprakelijkheidsverzekeraar van de persoon, die de schade of kosten veroorzaakt heeft. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt uw gegevens niet.

19.4 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

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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.

19.5 Waar leest u meer informatie over uw rechten en het gebruik van uw gegevens door Achmea?

U vindt meer informatie in ons Privacy statement op onze website. U neemt hier kennis van de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en uw rechten.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

20.1 Wat is fraude?

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

a. onder valse voorwendselen;
b. 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:

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

20.2 Bij fraude geen vergoeding

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

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

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

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.21 Begripsbepalingen

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

Acute zorg
Zorg in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijke ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of is verergerd.

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 Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of als specialist in het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Bewijs van diagnose
Diagnose die door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, regiebehandelaar geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen (GZSP), jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist is vastgesteld en in uw patiëntdossier is opgenomen. Indien u een bewijs van deze diagnose aan de paramedische zorgverlener kunt overleggen, is een verwijzing voor de behandeling niet meer nodig.

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
Een instelling voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, die zich kenmerkt door een samenwerkingsverband van gedifferentieerde mondzorgverleners met specifieke deskundigheden, vaardigheden, kennis en faciliteiten respectievelijk ondersteuning door andere disciplines (zoals psychologie, fysiotherapie en logopedie). In een CBT wordt consultatie, diagnostiek en behandeling verleend aan patiënten met bijzondere (tandheelkundige) problematiek, veelal in multidisciplinair verband.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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 erfelijkheidsadvisering.

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-behandelcombinatie (DBC)
Een DBC beschrijft, door middel van een DBC-code die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of 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.

Eerstelijns verblijf
Medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging, psychologische zorg of paramedische zorg. De instelling moet een formeel vereiste toelating voor de levering van eerstelijns verblijf hebben en moet aantoonbaar voldoen aan alle voorwaarden daarvoor (tenzij de wet dit niet meer vraagt).

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, Mayotte, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië 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:

a. de terhandstelling van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten en/of
b. 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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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) en die ook als fysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of in het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

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.

Gedragswetenschapper
Onder een gedragswetenschapper wordt verstaan een hbo- of master opgeleide GZ-psycholoog, klinisch psycholoog, orthopedagoog (-generalist) en de kinder- en jeugdpsycholoog of daaraan gelijkwaardige BIG-geregistreerde zorgverlener.

Geriatrisch fysiotherapeut
Een geriatrisch fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als geriatrisch fysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of als specialist in het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
Diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen.

Gespecialiseerde verpleging
Gespecialiseerde verpleging is zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden aan patiënten van 18 jaar en ouder met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening door onder andere verlichting van lijden en ongemak. Deze verpleging houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Observatie/monitoring, de met verpleging vervlochten persoonlijke verzorging en begeleiding -waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen - vallen ook onder deze prestatie. Hieronder valt ook de met gespecialiseerde verpleging vervlochten directe contacttijd bij de inzet van thuiszorgtechnologie. Hetzelfde geldt voor regie en coördinatie bij multidisciplinaire zorgverlening en ondersteuning en instructie rondom zaken die in directe relatie staan met de zorgbehoefte van de patiënt en desgevraagd aan naasten van de patiënt. Ook het oproepbaar zijn van de betreffende zorgverlener buiten de afgesproken vaste tijden om gespecialiseerde verpleging te kunnen leveren valt onder deze prestatie.

Gezin
Eén volwassene, dan wel 2 gehuwde of duurzaam samenwonende personen en de ongehuwde eigen kinderen (hieronder vallen ook de eigen stief-, pleeg- of adoptiekinderen) tot maximaal 30 jaar, waarvoor aanspraak bestaat op kinderbijslag, op uitkering uit hoofde van de Wet tegemoetkoming onderwijsbijdrage en schoolkosten (Wtos) of aftrek specifieke zorgkosten 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.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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

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

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

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

Kaakchirurg
Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de 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).

Kinderfysiotherapeut
Een kinderfysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden van artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als kinderfysiotherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of als specialist in het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Kinderoefentherapeut
Een kinderoefentherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die ook als kinderoefentherapeut Cesar/Mensendieck geregistreerd staat in het in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

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).

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

Kraamcentrum
Een instelling die 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.

Mantelzorg
Van mantelzorg is sprake als er onbetaald en langdurig wordt gezorgd voor een chronisch zieke of gehandicapte uit uw directe sociale omgeving.

Manueel therapeut
Een manueel therapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als manueel therapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of als specialist in het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

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).

Meedenkadvies, Meekijkconsult en Verkennend gesprek
Een huisarts kan advies vragen aan bijvoorbeeld een medisch specialist, gezondheidszorgpsycholoog, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten, zodat een passende diagnose, behandeling of doorverwijzing kan worden geboden. Deze raadpleging kan in verschillende vormen (face-to-face of digitaal) plaatsvinden. Het meedenkadvies gaat om contact tussen de huisarts en andere zorgverlener, zonder direct patiëntcontact. Contact tussen de huisarts en de andere zorgverlener waarbij u aanwezig bent, noemen wij een meekijkconsult. Het verkennend gesprek is een vorm van een meekijkconsult tussen een GGZ professional, een professional uit het sociaal domein en u.

Het meedenkadvies, meekijkconsult en verkennend gesprek vallen onder artikel B.37 Huisartsenzorg.

Mondhygiënist
a. 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).
b. Een geregistreerd-mondhygiënist die niet alleen voldoet aan de opleidingseisen zoals bedoeld onder a. maar ook aan de opleidingseisen zoals opgenomen in het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist en als zodanig geregistreerd staat in het betreffende tijdelijk ingestelde BIG-register.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

Een geregistreerd-mondhygiënist zoals bedoeld onder b. is zelfstandig bevoegd om röntgenfoto's te maken, te verdoven en eerste gaatjes te vullen. Een mondhygiënist zoals bedoeld onder a. die niet BIG-geregistreerd is, mag dat alleen in opdracht van een tandarts.

Multidisciplinaire samenwerking

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

Oedeemtherapeut

Een oedeemtherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als oedeemtherapeut geregistreerd staat in het Individueel Register Fysiotherapie (IRF) of als specialist in het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR).

Oefentherapeut Cesar/Mensendieck

Een oefentherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en die ook als oefentherapeut Cesar/ Mensendieck geregistreerd staat in het in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).

Opname

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

Optometrist

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

Orthodontist

Een tandarts-specialist die is ingeschreven in het Specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de 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).

Pedicure

De mbo-opgeleide professional in paramedische voetzorg, die in het bezit is van een Rijkserkend diploma.

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 module(s) zijn vastgelegd.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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

Privékliniek
Een privékliniek is een behandelcentrum zonder een formeel vereiste toelating voor de levering van medisch specialistische zorg.

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).

Regiebehandelaar
De zorgverlener die de regie voert over het zorgproces.

Regiebehandelaar GZSP
De regiebehandelaar GZSP (geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen) is een BIG-geregistreerde functionaris (GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist, gedragswetenschapper, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of psychiater) die verantwoordelijk is voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan.

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 revalidatiearts, 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 hulp
Zorg, bestaande uit de herkenning, stabilisatie en reanimatie van alle acute medische patiënten. Het gaat bij de spoedeisende hulp (SEH) om het behandelen van spoedeisende aandoeningen en het verwijzen naar meer gespecialiseerde behandelaars.

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. Of hiervan sprake is wordt bepaald door de medisch adviseurs van FBTO en/of de medisch adviseurs van FBTO Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross.

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

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.

Taxivervoer
Een taxivervoerder (een natuurlijke- of rechtspersoon) die in het bezit is van de wettelijke voor het uitoefenen van het taxibedrijf vereiste vergunningen en van het TX-Keur of een gelijkwaardig keurmerk. Tevens moeten alle vervoerders die ingezet worden voor de uitvoering van het ziekenvervoer in het bezit zijn van een AGB-code.

Tertiaire verwijzing
Een verwijzing voor dezelfde zorgvraag door een medisch specialist (zelfstandig of in een zorginstelling) naar een meer gespecialiseerd ander ziekenhuis. Dit geldt uitsluitend als de medisch specialist of de betreffende zorginstelling niet over de benodigde expertise, kennis, ervaring en/of behandelfaciliteiten voor de betreffende zorgvraag van de patiënt beschikt.

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

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

Verblijf
Opname met een duur van 24 uur of langer.

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

Het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) heeft in 2020 een verdrag gesloten met de Europese Unie (EU) voor de vergoeding van zorgkosten. Op het op moment van vastleggen van deze polisvoorwaarden voor 2026 accepteert het Verenigd Koninkrijk de EHIC en S2-verklaring. Mocht wet- en regelgeving veranderen, dan zullen wij die verandering uitvoeren vanaf de ingangsdatum.

Verkennend gesprek GGZ
Een 'verkennend gesprek GGZ' is een gesprek met hulpverleners uit het sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) om te bepalen wat de hulpvraag is van mensen met psychische klachten die ook andere problemen hebben, zoals schulden of eenzaamheid. Het verkennend gesprek GGZ valt onder artikel B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ).

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).

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

Verwijzing/Verklaring
Een verwijzing/verklaring is maximaal 1 jaar geldig, met uitzondering van een verwijzing voor GGZ. Deze verwijzing is maximaal 9 maanden geldig tot het moment van aanmelding bij de zorgaanbieder.

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
FBTO Zorgverzekeringen N.V., in dezen handelend onder de handelsnaam FBTO.

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 (ZBC)
Alle overige instellingen die medisch specialistische zorg aanbieden, niet zijnde een ziekenhuis.

Ziekenhuis
- Een instelling voor medisch-specialistische zorg voor verpleging, onderzoek en behandeling, waarin verblijf van 24 uur of langer is toegestaan en die tevens acute zorg kan leveren, waaronder in ieder geval (maar niet beperkt tot) spoedeisende hulp, acute verloskunde en ambulancezorg. Daarnaast beschikt de instelling voor medisch specialistische zorg naast een spoedeisende hulp, ook over een intensive care afdeling;
- Een instelling voor medisch-specialistische zorg met een erkenning van het ministerie van VWS als ‘Expertisecentrum voor zeldzame aandoeningen’ (ECZA).

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 FBTO

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

Zorgverzekeringen N.V. die statutair gevestigd is te Leiden, KvK-nummer: 30208631 en geregistreerd is bij de AFM onder nummer 12001022.

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 1 zorgvraag.

B. 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.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

B.1 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

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

1.1 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck 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 Cesar/Mensendieck. 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”. Deze lijst kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen ook een maximum aantal behandelingen of een maximale behandelperiode opgenomen.

Is lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem en/of is er littekentherapie noodzakelijk? 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 Cesar/Mensendieck en, wanneer het gaat om lymfedrainage en/of littekentherapie, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

1. Voor u start met de behandeling heeft u een bewijs van diagnose nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, regiebehandelaar geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen (GZSP), jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist). Met dit bewijs van diagnose kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck.
2. Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de kosten hiervan alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Individueel Register Fysiotherapie (IRF), het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) of in het subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
   - kinderfysio- en oefentherapie
   - bekkenfysio- en oefentherapie
   - manuele therapie
   - oedeemtherapie
   - geriatrie fysio- en oefentherapie

Wilt u weten bij welke therapeuten u de kosten van verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

3. Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelaren daarvoor op 1 dag nodig? Dan moet uit een gerichte verklaring door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a. de eerste 20 behandelingen per aandoening. Loopt uw behandeling voor deze aandoening door over het kalenderjaar heen? Dan betaalt u niet opnieuw de eerste 20 behandelingen zelf;

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

b. een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enige doel heeft door middel van training de conditie te verbeteren;
c. zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
d. toeslagen voor:
   - afspraken buiten reguliere werktijden;
   - niet-nagekomen afspraken;
   - rapporten.
e. verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck en huidtherapeut 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Fysiotherapie in verband met de ziekte van Parkinson

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u daarvoor fysiotherapie nodig? Wij sluiten voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson alleen contracten met fysiotherapeuten aangesloten bij het netwerk ParkinsonNet. Gaat u naar een fysiotherapeut die niet voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson is gecontracteerd? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een fysiotherapeut die wij wél hiervoor gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?.

Let op!

Een fysiotherapeut kan een contract hebben voor reguliere fysiotherapie maar niet voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

Fysiotherapie in verband met etalagebenen

Heeft u etalagebenen en heeft u daarvoor fysiotherapie nodig? Wij sluiten voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen alleen contracten met fysiotherapeuten aangesloten bij het netwerk Chronisch ZorgNet. Gaat u naar een fysiotherapeut die niet voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen is gecontracteerd? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een fysiotherapeut die wij wél hiervoor gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?.

Let op!

Een fysiotherapeut kan een contract hebben voor reguliere fysiotherapie maar niet voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

1.2 Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck 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

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantal aandoeningen een maximale behandelperiode opgenomen. Deze lijst kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Is lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem en/of is er littekentherapie noodzakelijk? 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 Cesar/Mensendieck. 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 Cesar/Mensendieck en, wanneer het gaat om lymfedrainage en/of littekentherapie, huidtherapeuten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

1. Wordt u behandeld voor 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 voor u start met de behandeling een bewijs van diagnose nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, regiebehandelaar geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen (GZSP), jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist). Met dit bewijs van diagnose kunnen wij vaststellen of u recht heeft op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck vanuit de basisverzekering.
2. Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de kosten hiervan alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Individueel Register Fysiotherapie (IRF), het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) of in het subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
   - kinderfysio- en oefentherapie
   - bekkenfysio- en oefentherapie
   - manuele therapie
   - oedeemtherapie
   - geriatrie fysio- en oefentherapie

Wilt u weten bij welke therapeuten u de kosten van verbijzonderde fysio- oefentherapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

3. Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelaren daarvoor op 1 dag nodig? Dan moet uit een gerichte verklaring door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

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;

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

c. toeslagen voor:
   - afspraken buiten reguliere werktijden;
   - niet-nagekomen afspraken;
   - rapporten.

d. verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck en huidtherapeut 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Fysiotherapie in verband met de ziekte van Parkinson

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u daarvoor fysiotherapie nodig? Wij sluiten voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson alleen contracten met fysiotherapeuten aangesloten bij het netwerk ParkinsonNet. Gaat u naar een fysiotherapeut die niet voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson is gecontracteerd? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een fysiotherapeut die wij wél hiervoor gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?.

Let op!

Een fysiotherapeut kan een contract hebben voor reguliere fysiotherapie maar niet voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

1.3 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 recht op ten hoogste 9 behandelingen door een bekkenfysiotherapeut. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysiotherapeuten als zorg plegen te bieden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a. toeslagen voor:
   - afspraken buiten reguliere werktijden;
   - niet-nagekomen afspraken;
   - rapporten;

b. 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

1.4 Fysiotherapie in verband met etalagebenen (claudicatio intermittens ofwel perifeer arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van etalagebenen? En wilt u dit laten behandelen door een fysio- of oefentherapeut Cesar/Mensendieck? Dan heeft u recht op een traject vanaf de eerste behandeling tot ten hoogste 37 behandelingen gesuperviseerde looptraining gedurende maximaal 12 maanden. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysio- en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Heeft u na afronding van een traject van begeleide oefentherapie bij etalagebenen hiervoor opnieuw enkele behandelingen nodig? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben verleend. Samen met uw aanvraag moet u een gemotiveerde verklaring van uw fysiotherapeut overleggen waaruit de medische noodzaak voor extra behandelingen blijkt. Op onze website vindt u een hiervoor een formulier dat u kunt laten invullen door uw fysiotherapeut.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a. oefentherapie voor perifeer arterieel vaatlijden in stadium 3 Fontaine. U heeft dan mogelijk recht op fysio- of oefentherapie op grond van artikel 1.1;
b. toeslagen voor:
   - afspraken buiten reguliere werktijden;
   - niet-nagekomen afspraken;
   - rapporten;
c. verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Heeft u etalagebenen en heeft u daarvoor fysiotherapie nodig? Wij sluiten hiervoor alleen contracten met fysiotherapeuten aangesloten bij het netwerk Chronisch Zorgnet. Gaat u naar een fysiotherapeut die niet aangesloten is bij Chronisch Zorgnet? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Let op!

Een fysiotherapeut kan een contract hebben voor reguliere fysiotherapie maar niet voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

1.5 Fysiotherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van artrose in het heup- of kniegewricht ? En wilt u dit behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut Cesar/Mensendieck? Dan heeft u recht op ten hoogste 12 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie gedurende maximaal 12 maanden. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysio- en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a. toeslagen voor:
   - afspraken buiten reguliere werktijden;
   - niet-nagekomen afspraken;
   - rapporten;

b. verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

1.6 Fysiotherapie in verband met chronic obstructive pulmonary disease (COPD) voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder, heeft u COPD en is er sprake van stadium II of hoger van de GOLD-Classificatie? Dan heeft u recht op een behandeling met oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die is aangesloten bij Chronisch ZorgNet met de specialisatie longaandoeningen. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat fysio- en oefentherapeuten als zorg plegen te bieden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a. toeslagen voor:
   - afspraken buiten reguliere werktijden;
   - niet-nagekomen afspraken;
   - rapporten;

b. verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

1.7 Fysiotherapie in verband met reumatoïde artritis of axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder en is er sprake van reumatoïde artritis of axiale spondyloartritis met ernstige functionele beperkingen? En wilt u dit laten behandelen met oefentherapie onder toezicht van een fysio- of oefentherapeut Cesar/Mensendieck? Dan heeft u vanaf de eerste behandeling recht op een behandeltraject langdurige gepersonaliseerde gesuperviseerde actieve oefentherapie. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg zijn begrensd door wat fysio- en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck als zorg plegen te bieden.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a. toeslagen voor:
   - afspraken buiten reguliere werktijden;
   - niet-nagekomen afspraken;
   - rapporten;

b. verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

1.8 Valpreventieve beweeginterventie voor ouderen (onderdeel van Ketenaanpak Valpreventie)

Is onder verantwoordelijkheid van uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde, physician assistent of verpleegkundig specialist een valrisicobeoordeling uitgevoerd nadat uit een valrisico-test naar voren is gekomen dat u een hoog valrisico heeft? En is op grond van de valrisicobeoordeling vastgesteld dat u als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische (lichamelijke) of psychische problemen bent aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut? Dan heeft u ten hoogste 1 keer per 12 maanden recht op een valpreventieve beweeginterventie (trainingsprogramma).

Voorwaarden voor het recht op een valpreventieve beweeginterventie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, physician assistent of verpleegkundig specialist;
2. Uit een valrisico-test is gebleken dat u een hoog risico heeft om te vallen. Op grond van een daaropvolgende valrisicobeoordeling is vastgesteld dat u als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische (lichamelijke) of psychische problemen bent aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut;
3. De valrisicobeoordeling moet onder verantwoordelijkheid van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde, physician assistent of verpleegkundig specialist zijn uitgevoerd;
4. De valpreventieve beweeginterventie wordt uitgevoerd door een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck;
5. De fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck werkt met een valpreventieve beweeginterventie die als verzekerde zorg is aangemerkt. Een overzicht van de valpreventieve beweeginterventies die voor vergoeding in aanmerking komen kunt u vinden op fbto.nl/valpreventie;
6. U heeft recht op ten hoogste 1 valpreventieve beweeginterventie per 12 maanden, indien aan de betreffende voorwaarden is voldaan.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a. een valpreventieve beweeginterventie wanneer uit de valrisico-test blijkt dat u een laag of middelhoog valrisico heeft;

b. een valpreventieve beweeginterventie wanneer uit de valrisico-test weliswaar blijkt dat u een hoog valrisico heeft, maar op grond van de valrisicobeoordeling niet is vastgesteld dat u als gevolg van onderliggende of bijkomende somatische (lichamelijke) of psychische problemen bent aangewezen op begeleiding op het niveau van een fysiotherapeut. U kunt in dat geval mogelijk terecht bij uw eigen gemeente.

B. 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.2 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.

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. rapporten.

Ontvangt u verbijzonderde ergotherapie? Dan vergoeden wij de kosten hiervan alleen als de therapeut voor die specifieke zorg op het moment van het verlenen van de zorg in het betreffende specialistenregister staat dat onderdeel uitmaakt van het Kwaliteitsregister Paramedici.

Onder verbijzonderde ergotherapie wordt verstaan:

- Kinderergotherapie
- Handergotherapie

Wilt u weten bij welke therapeuten u de kosten van verbijzonderde ergotherapie vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Hulpmiddelen

B.3 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 precieze 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 kunt u 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 vooraf onze toestemming vragen, behalve als het gaat om stoma-voorzieningen en/of katheters en toebehoren. 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 A.2.1 Recht op zorg.

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 B.28.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

Selectieve contractering

Let op!

Bestelt u visuele hulpmiddelen (met uitzondering van oogpleisters), diabeteshulpmiddelen, hulpmiddelen voor mobiliteit, hulpmiddelen voor verpleging en verzorging op bed of incontinentie- of stomamaterialen niet online of niet bij een leverancier die wij speciaal voor FBTO Zorgverzekering Basis hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 65% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze hulpmiddelen hebben ingekocht (bij gecontracteerde leveranciers).

Wilt u weten met welke leveranciers wij speciaal voor FBTO Zorgverzekering Basis een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde leveranciers vindt u ook op onze website.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Medicijnen (geneesmiddelen) en dieetpreparaten

B.4 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

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

De precieze 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 kunt u bij ons opvragen.

U heeft recht op terhandstelling, advies en begeleiding van:

a. 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. GVS staat voor Geneesmiddelenvergoedingssysteem. In het GVS staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden en wat de maximale vergoeding is. De terhandstelling, advisering en begeleiding moet gebeuren door een apotheek die met ons een contract heeft afgesloten of een apotheek zonder contract; en
b. andere dan geregistreerde geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet in Nederland mogen worden afgeleverd. Het moet dan wel om rationele farmacotherapie gaan. Onder rationele farmacotherapie verstaan wij een behandeling met een geneesmiddel in een voor de patiënt geschikte vorm, waarvan de werkzaamheid en effectiviteit door wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld en die ook het meest economisch is voor uw basisverzekering. Onder deze rationele 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;
    - geneesmiddelen die volgens artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, wanneer het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
    - geneesmiddelen die volgens artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet; en
c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

Wettelijke eigen bijdrage

Kost een geneesmiddel meer dan de vergoedingslimiet die in het GVS is opgenomen? Dan betaalt u deze kosten (bovenlimietprijs) zelf. Deze wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen is gemaximeerd tot € 250,-

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

per persoon per kalenderjaar. Bent u niet een heel kalenderjaar verzekerd bij ons? Dan berekenen wij de maximale wettelijke eigen bijdrage op geneesmiddelen op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar bij ons verzekerd bent.

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”.

Voorwaarden voor het recht op geneesmiddelen en dieetpreparaten

1. 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).
2. Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren. Voor de levering van dieetpreparaten contracteren wij medische speciaalzaken. Een apotheek mag de dieetpreparaten ook leveren, maar dan is de vergoeding conform de polisvoorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg. Meer hierover leest u in A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?
3. Zijn er op basis van werkzame stof, sterkte en toedieningsroute identieke, onderling vervangbare geneesmiddelen? Dan heeft u alleen recht op de geneesmiddelen die wij op basis van het preferentiebeleid hebben aangewezen of het geneesmiddel dat de apotheek heeft aangewezen. Alleen als er sprake is van medische noodzaak, heeft u recht op een niet-aangewezen geneesmiddel. 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.
4. U heeft alleen recht op dieetpreparaten als:
   a. u een aandoening heeft waarbij toediening van deze preparaten een essentieel onderdeel is van adequate zorg;
   b. u niet kunt uitkomen met normale aangepaste voeding en/of dieetproducten;
   c. 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: wetten.overheid.nl; tik in het zoekvenster Regeling zorgverzekering; klik op Zoeken; klik op Regeling zorgverzekering; Klik in de inhoudsopgave op Bijlage 2;
   d. als ze zijn voorgeschreven door een arts of diëtist. De apotheker of medisch speciaalzaak stelt aan de hand van de door uw arts of diëtist ingevulde 'Verklaring dieetpreparaten' vast of aan de voorwaarden is voldaan.

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.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar

Let op!

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 of verloskundige 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 of verloskundige 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 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 menorragie (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 gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet-aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
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 zorgverlener

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Mond en tanden (mondzorg)

U heeft recht op noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënisten en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van B.5 tot en met B.12) gaan wij hierop in.

B.5 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 module afsluiten.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar.

Voorwaarden voor het recht op orthodontie in bijzondere gevallen

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist, een tandarts die in het Orthodontisch Kwaliteitsregister (OK Register) staat van de Vereniging Tandartsen voor Orthodontie of in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor een behandeling? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
3. U heeft een blijvende ontwikkelings- of groeistoornis die leidt tot een ernstige functiebeperking en deze is in ernst vergelijkbaar met een lip-, kaak- of verhemeltespleet (schisis).
4. Voor deze behandeling is medediagnostiek of medebehandeling van een kaakchirurg of van andere dan tandheelkundige disciplines noodzakelijk.
5. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting, lichtfoto's en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Uw zorgverlener stelt dit plan en de begroting op. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.
6. U heeft alleen recht op vergoeding van de kosten van vacuümgevormde beugels/aligners als daar op grond van de beoordeling van uw individuele situatie een medische reden voor is of als de kosten van de behandeling met vacuümgevormde beugels/aligners niet hoger zijn dan die van de behandeling met andersoortige beugels.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op reparatie of vervanging van een bestaande orthodontische voorziening indien u deze verliest of beschadigt door uw eigen schuld of nalatigheid.

B.6 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;

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

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 (plaatselijke 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. chirurgische tandheelkundige hulp. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt niet onder deze zorg;
m. 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 en bekwaam zijn om de betreffende behandeling uit te voeren.
2. Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts, orthodontist, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts of andere medisch specialist. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de volgende behandelingen: extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose, correctie van de kaak in combinatie met een extractie, osteotomie (kaakoperatie), kinplastiek als zelfstandige verrichting, pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw) en het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling.
3. U heeft alleen recht op het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling, als er sprake is van orthodontie in bijzondere gevallen (zie artikel B.5). Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
4. Is er zorg nodig zoals omschreven in artikel B.5, B.7, B.10, B.11 of B.12? Dan moeten wij u hier vooraf toestemming voor hebben gegeven. Meer hierover leest u in deze artikelen.
5. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven:
   - voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (X21);
   - voor autotransplantaten (de diagnostiek en het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies);
   - voor sealen in het melkgebit;
   - voor het sealen van meer dan 8 tanden en/of kiezen per jaar in het blijvende gebit (V30/V35);
   - als er meer dan 1 uur per jaar aan preventieve voorlichting/evaluatie van preventie nodig is (meer dan 12x (M01 en/of M02));
   - als er meer dan 30 minuten gebitsreiniging (meer dan 6x M03) per dag nodig is;
   - als er meer dan 1,5 uur gebitsreiniging (meer dan 18x M03) per jaar nodig is;
   - als er meer dan 6 vullingen (V71 t/m V74, V81 t/m V84, V91 t/m V95) per dag of 10 vullingen (V71 t/m V74, V81 t/m V84, V91 t/m V95) per jaar geplaatst moeten worden.

Uw zorgverlener kan toestemming bij ons aanvragen. Vervolgens beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

6. Diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat moeten uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg.
7. Bij verzekerden tot 18 jaar die in het kader van zorg zoals omschreven in B.11 en B.12 toestemming hebben gekregen voor behandeling onder algehele anesthesie (algehele verdoving/narcose), vergoeden wij de tandheelkundige behandeling uitsluitend wanneer deze op tijd (via het tijdtarief U05) is gedeclareerd en niet wanneer deze op/via reguliere prestatiecodes is gedeclareerd.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a. niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05) en behandeling van witte vlekken (M80 en M81);
b. orthodontie. Dit valt, met uitzondering van de bijzondere orthodontie zoals omschreven in artikel B.5, niet onder de basisverzekering;
c. implantaten. Deze vallen mogelijk onder artikel B.7, B.10, B.12 of kunnen uit een aanvullende tandartsverzekering vergoed worden;
d. een therapeutische injectie met botox (G44);
e. uitgebreid onderzoek ten behoeve van het opstellen, vastleggen en verstrekken van behandelplan aan de patiënt (C012).

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

Let op!

Reguliere orthodontische hulp valt niet onder de basisverzekering.

N.B.

Geldt alleen voor verzekerden tot 18 jaar!

B.7 Fronttandvervanging voor verzekerden tot 23 jaar

Heeft u 1 of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden die vervangen moeten worden, omdat deze tanden niet zijn aangelegd of omdat het ontbreken ervan het directe gevolg is van een ongeval en is deze indicatie aantoonbaar voor het 18e levensjaar gesteld? Dan heeft u recht op tandvervangende hulp met niet-plastische materialen. Dit omvat onder andere een vaste brug, etsbrug/plakbrug of kroon op implantaten en het aanbrengen van tandheelkundige implantaten in het front.

Voorwaarden voor het recht op een fronttandbehandeling

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.
2. Gaat een kaakchirurg u behandelen? Dan heeft u een verwijzing nodig van uw tandarts.
3. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven voor de behandeling. 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.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a. autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies);
b. orthodontie om de ruimte van de ontbrekende tand(en) te sluiten. Dit kan eventueel uit een aanvullende verzekering vergoed worden.

B. 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.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 recht op verpleging en/of verblijf als deze zorg nodig is in verband met kaakchirurgie. Zie hiervoor artikel B.28.

Voorwaarden voor het recht op kaakchirurgie

1. Een kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts, orthodontist, tandprotheticus, mondhygiënist, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of een andere medisch specialist. Een mondhygiënist mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie van de slijmvliezen in de mond. Dit mag niet veroorzaakt worden door problemen aan gebitselementen of tandvlees. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen bij verdenking op pathologie in een tandeloze mond.
3. Wij moeten u bij de volgende behandelingen vooraf toestemming hebben gegeven:
   - extractie (trekken van tanden of kiezen) onder narcose;
   - correctie van de kaak in combinatie met een extractie;
   - osteotomie (kaakoperatie);
   - kinplastiek als zelfstandige verrichting;
   - pre- en per- implantologische chirurgie (botopbouw);
   - het plaatsen van botankers voor een orthodontische behandeling;
   - plastische chirurgie.
4. Vraagt u toestemming aan voor een tandheelkundige behandeling? Dan beoordelen wij deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a. parodontale chirurgie;
b. het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
c. een ongecompliceerde extractie.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

B.9 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - uitneembare volledige kunstgebitten en klikgebitten al dan niet op implantaten

U heeft recht op het laten maken, plaatsen, aanpassen en herstellen van de volgende kunstgebitten en klikgebitten:

a. een uitneembaar volledig kunstgebit voor boven- en/of onderkaak (wettelijke eigen bijdrage 25%);
b. een tijdelijk uitneembaar volledig kunstgebit (wettelijke eigen bijdrage 25%);
c. een uitneembaar volledig overkappingskunstgebit op natuurlijke elementen (wettelijke eigen bijdrage 25%);
d. een volledig klikgebit op implantaten voor boven- en/of onderkaak en bevestigingsmaterialen, zoals drukknoppen en staven (wettelijke eigen bijdrage van 8% voor de bovenkaak en van 10% voor de onderkaak).

De eigen bijdrage voor een combinatie van een klikgebit op implantaten in de ene kaak en een niet implantaat-gedragen kunstgebit op de andere kaak (code J080) is 17%.

Laat u een volledig kunstgebit of klikgebit (a t/m d) repareren of rebasen? Dan geldt een wettelijke eigen bijdrage van 10%.

Wij hanteren maximumbedragen voor techniek- en materiaalkosten. Deze bedragen kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op uitneembare volledige kunstgebitten en klikgebitten

1. Een tandarts, tandprotheticus of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde moet de behandeling uitvoeren.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts of kaakchirurg u hebben doorverwezen.
3. Bij een tandtechnicus heeft u alleen recht op reparaties (dus niet rebasen) aan een uitneembaar volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak. U heeft hier alleen recht op als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Hieronder valt het buiten de mond herstellen van een scheur of een eenvoudige breuk in het kunstgebit waarbij de delen van het kunstgebit eenvoudig in elkaar passen. Of het buiten de mond vastzetten van een tand of kies aan het kunstgebit.
4. Als de kunstgebitten genoemd onder a en c binnen 5 jaar of een tijdelijk kunstgebit (P023) genoemd onder (b) binnen een halfjaar moet worden vervangen, moeten wij u hiervoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij beoordelen uw aanvraag voor toestemming op doelmatigheid en rechtmatigheid.
5. Laat u een volledig kunstgebit voor de boven- en/of onderkaak maken, plaatsen, aanpassen of herstellen? En zijn de techniek- en materiaalkosten hoger dan ons maximumbedrag? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
6. Laat u een nieuw volledig klikgebit op implantaten en/of bevestigingsmateriaal (drukknoppen of staaf) voor de boven- en/of onderkaak maken? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u ook een behandelplan, kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Dit is niet nodig voor de reparatie en rebasing van een uitneembaar volledig klikgebit op implantaten dat ouder is dan 5 jaar of voor een eenvoudige reparatie van een klikgebit zonder staafdemontage en zonder afdruk (code J104) als die na 4 maanden na plaatsing van het klikgebit uitgevoerd wordt.
7. Voor de "toeslag zeer ernstig geslonken kaak" (P044) moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Hier heeft u alleen recht op als u aanspraak heeft op implantaten (zie artikel B.10) maar deze niet geplaatst worden.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

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

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

B.10 Implantaten ter bevestiging van een uitneembaar volledig klikgebit

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

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

Voorwaarden voor het recht op implantaten ter bevestiging van een uitneembaar volledig klikgebit

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 voor de behandeling? Dan moet uw tandarts u hebben doorverwezen. Een tandprotheticus mag u alleen doorverwijzen naar een tandarts.
3. Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.
4. 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 B.12.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.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? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.
3. Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, huisarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.
4. U heeft alleen recht op deze zorg, als u niet al recht heeft op tandheelkundige zorg vanuit de Wlz.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

5. 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.
6. Een narcose- of lachgasbehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcose- en/of lachgasbehandelingen. Wij hanteren een maximum vergoeding voor de kosten van algehele anesthesie (algehele verdoving/narcose) (A.20). Deze maximum vergoeding kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen. Zijn de kosten hoger? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Bij verzekerden tot 18 jaar die toestemming hebben gekregen voor behandeling onder algehele anesthesie (algehele verdoving/narcose), vergoeden wij de tandheelkundige behandeling uitsluitend wanneer deze op tijd (via het tijdtarief U05/X831/X731) is gedeclareerd en niet wanneer deze op/via reguliere prestatiecodes is gedeclareerd.
7. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Gnathologie en Prothetische Tandheelkunde (NVGPT) erkende tandarts-gnatholoog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.12 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

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

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

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

Voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

1. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
2. Gaat u naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde voor de behandeling? Dan moet uw tandarts, huisarts, kaakchirurg of medisch specialist u hebben doorverwezen.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

3. Laat u zich behandelen door een kaakchirurg? Dan moet uw tandarts, huisarts, een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of medisch specialist u hebben doorverwezen.
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.
5. Narcose- of lachgasbehandelingen worden alleen vergoed als laatste middel in een angstreductietraject. De narcose- of lachgasbehandeling moet worden uitgevoerd in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of bij een tandarts die voldoet aan onze eisen qua deskundigheid, organisatie en veiligheid rondom narcose- en/of lachgasbehandelingen. Wij hanteren een maximum vergoeding voor de kosten van algehele anesthesie (algehele verdoving/narcose) (A.20). Deze maximum vergoeding kunt u terugvinden op onze website of kunt u bij ons opvragen. Zijn de kosten hoger? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Bij verzekerden tot 18 jaar die toestemming hebben gekregen voor behandeling onder algehele anesthesie (algehele verdoving/narcose), vergoeden wij de tandheelkundige behandeling uitsluitend wanneer deze op tijd (via het tijdtarief U05/X831/X731) is gedeclareerd en niet wanneer deze op/via reguliere prestatiecodes is gedeclareerd.
6. Behandelingen van kaakklachten (zoals pijnklachten van kaakgewrichten en kauwspieren) worden alleen vergoed als deze uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Gnathologie en Prothetische Tandheelkunde (NVGPT) erkende tandarts-gnatholoog of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.
7. Diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat moeten uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog, een door de De Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog of door een kaakchirurg.

Let op!
U heeft misschien ook recht op implantaten vanuit artikel B.10.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Ogen en oren

B.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:

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

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

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

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

13.2 Spraak- en taalstoornissen bij kinderen

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

Voorwaarde voor het recht op zorg in een audiologisch centrum

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

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.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.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

U komt voor deze zorg in aanmerking als u:

a. een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend) en/of;
b. een visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend) en/of;
c. niet ouder bent dan 22 jaar en een communicatieve beperking heeft (u heeft ernstige moeilijkheden met spraak en/of taal) als gevolg van een primaire taalontwikkelingsstoornis. Er is sprake van een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis als de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren. Daarnaast is een voorwaarde dat de taalontwikkelingsstoornis primair is. Dat wil zeggen dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologisch) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

De multidisciplinaire zorg bestaat uit:

a. diagnostisch onderzoek;
b. interventies die zich richten op het psychisch leren omgaan met de handicap;
c. 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 behandelplan. Ook orthopedagogen of ontwikkelingspsychologen kunnen deze taak uitvoeren. Bij visuele beperkingen is de oogarts of klinisch fysicus 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.

Voorwaarden voor het recht op zintuiglijke gehandicaptenzorg

1. Bij auditieve en communicatieve beperkingen moet u zijn doorwezen door een klinisch fysicus audioloog van een audiologisch centrum of een medisch specialist die op grond van de toepasselijke FENAC-richtlijnen heeft vastgesteld dat er sprake is van een auditieve en/of communicatieve beperking.
2. Voor visuele beperkingen moet u zijn doorwezen door een oogarts of andere medisch specialist die op grond van de evidence based NOG-richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing heeft vastgesteld dat er sprake is van een visuele beperking. Is bij u in het verleden de ZG-stoornis al vastgesteld door een klinisch fysicus 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.

U heeft geen nieuwe verwijzing nodig voor een eenvoudige revalidatievraag (passend binnen zorgprogramma 11*), als:

- het gaat om een heraanmelding;
- er geen wijziging in de ZG-stoornis heeft plaatsgevonden. Er is wel sprake van een verandering in medische situatie en/ of persoonlijke situatie waardoor hernieuwde behandeling vanuit de basisverzekering noodzakelijk is;
- de ZG zorgverlener vaststelt dat de hulpvraag (hulpvragen) beantwoordt kunnen worden binnen zorgprogramma 11;
- de ZG zorgverlener de huisarts schriftelijk informeert over het gelopen traject. De huisarts documenteert de informatie in het dossier.

* Zorgprogramma 11: dit zorgprogramma is onder meer bestemd voor mensen die al eerder behandeling en/of training hebben ontvangen en zich opnieuw melden (‘verkorte route’). Ook volwassenen die voor het (eerst) geconfronteerd worden met een verandering in hun visuele functioneren (bijvoorbeeld Retina Pigmentosa) en een hulpvraag hebben veelal gericht op het optimaal gebruik van de restvisus, kunnen gebruik maken van zorgprogramma 11, evenals ouderen (55+) met een verworven visuele beperking en gerichte vragen om de

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

zelfstandigheid te behouden. De aandoening is bekend, het visueel functioneren is in beeld, en de cliënt meldt zich met 1 of 2 gerichte hulpvragen. Deze hulpvragen zijn gericht op het leren compenseren van de beperking en/of het optimaal gebruik van de restvisus met als doel het behouden van de zelfstandigheid. Meestal kan de zorgvraag binnen 10 uur worden beantwoord.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

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

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Psychische zorg

B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)

Heeft u een psychische stoornis? Dan heeft u recht op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Is het nodig dat u wordt opgenomen voor de behandeling van uw psychische stoornis? Dan heeft u naast de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ook recht op:

a. verblijf met verpleging en verzorging;
b. paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die tijdens het verblijf bij de behandeling horen.

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 Geneeskundige GGZ

1. U moet 18 jaar of ouder zijn.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist (psychiater, specialist ziekenhuis, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, SEH arts), straatdokter of regiebehandelaar (bij doorverwijzing). Een verwijzing is niet nodig als er sprake is van acute zorg.
3. De verwijzing moet voldoen aan de 'Verwijsafspraken Geestelijke gezondheidszorg' zoals gepubliceerd door het ministerie van VWS.
4. Een verwijzing is maximaal 9 maanden geldig. Dit betekent dat u aangemeld moet zijn bij de zorgaanbieder binnen 9 maanden na het afgeven van de verwijzing. Zit er meer dan 9 maanden tussen? Vraag dan een nieuwe verwijzing.
5. Uw zorgverlener beschikt over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut. Kijk hiervoor op de website van uw zorgverlener of vraag naar het kwaliteitsstatuut.
6. Voor uw behandeling in de GGZ is het nodig dat u een regiebehandelaar heeft. Welke behandelaren in de GGZ regiebehandelaar mogen zijn, staat beschreven in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ 4.0.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft onder andere 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. geneeskundige GGZ voor verzekerden tot 18 jaar, met of zonder verblijf. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

> **Tip!**
> Op onze website fbto.nl/zorgverzekering/vergoeding/ggz-vanaf-18-jaar-niet-vergoed vindt u een overzicht met problemen en diagnoses waarvan de behandeling niet onder de basisverzekering valt en psychologische interventies waarop u vanuit de basisverzekering geen recht heeft.

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;
c. eerstelijns verblijf.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

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.

Langdurig verblijf

Is voor u langdurig medisch verblijf in een GGZ-instelling noodzakelijk (langer dan 365 dagen)? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Uw zorgverlener vraagt deze toestemming in de 9e en/of 21e maand van de behandeling bij ons aan door de ingevulde Checklist Langdurig Medisch Noodzakelijk Verblijf GGZ in te dienen via de webpagina . De toestemming is maximaal 12 maanden geldig.

Is het in verband met de behandeling noodzakelijk dat u langer dan 1.095 dagen opgenomen blijft? Dan kunt u in overleg met uw zorgverlener een indicatie aanvragen voor de Wet langdurige zorg.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Wacht altijd onze toestemming af voordat u aan uw behandeling begint. Alleen dan krijgt u de behandeling of het medicijn vergoed:

1. voor psychiatrische behandeling met verblijf. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener voorafgaand aan het verblijf het aanvraagformulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde klinische ggz' welke telefonisch bij ons kan worden aangevraagd. Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij laten uw zorgverlener weten of wij toestemming geven of dat wij uw aanvraag afwijzen.
2. Voor behandeling met het geneesmiddel Spravato (esketamine) bij een moeilijk behandelbare depressie door een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener het aanvraagformulier invullen, welke telefonisch bij ons kan worden aangevraagd. Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij laten uw zorgverlener weten of wij toestemming geven of dat wij uw aanvraag afwijzen.
3. Voor behandeling in het buitenland. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener het aanvraagformulier invullen, welke telefonisch bij ons kan worden aangevraagd. Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij laten uw zorgverlener weten of wij toestemming geven of dat wij uw aanvraag afwijzen.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Spreken en lezen

B.16 Logopedie

U heeft recht op behandelingen door een logopedist voor zover deze zorg een geneeskundig doel heeft. Logopedisten behandelen aandoeningen op het gebied van persoonlijke communicatie, stem, taal, spraak, gehoor en slikken. 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.

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;
   - rapporten.

Ontvangt u verbijzonderde logopedie? Dan vergoeden wij de kosten hiervan alleen als de therapeut voor die specifieke zorg op het moment van het verlenen van de zorg in het betreffende register van de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) staat.

Onder verbijzonderde logopedie wordt verstaan:

- Afasie;
- Preverbale Logopedie;
- Stotteren;
- Behandeling volgens het Hanen ouderprogramma PDMT (Praten doe je met z'n tweeën);
- Behandeling volgens het Hanen ouderprogramma MDW (Meer dan woorden);
- Groepsbehandeling integraal zorg stotteren (IZS).

Wilt u weten bij welke therapeuten u de kosten van verbijzonderde logopedische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Vervoer

B.17 Vervoer per ambulance of ziekenvervoer

17.1 Vervoer per ambulance

U heeft recht op medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Wet ambulancevoorzieningen:

a. van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;
b. naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);
c. 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;
d. 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;
e. van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen;
f. 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

1. Ambulancevervoer moet worden goedgekeurd door de meldkamer.
2. Besteld ambulancevervoer moet worden aangevraagd door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of jeugdarts. Hierbij dient sprake te zijn van een medische noodzaak voor vervoer. Spoedeisend ambulancevervoer hoeft niet te worden aangevraagd.
3. 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.

17.2 Ziekenvervoer

Reist u regelmatig van en naar zorgverleners of zorgverlenende instellingen? Dan heeft u mogelijk recht op de vergoeding van kosten van ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een vergoeding van € 0,40 per kilometer bij vervoer per eigen auto. U heeft recht op:

a. ziekenvervoer als u voldoet aan één of meer van de volgende criteria:
   - u ondergaat nierdialyse of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
   - u ondergaat oncologische behandelingen met radio-, chemo- of immuuntherapie of ondergaat consulten, onderzoek of controles die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn;
   - u bent blijvend visueel gehandicapt en kunt zich zonder begeleiding niet verplaatsen;
   - u kunt zich uitsluitend per rolstoel verplaatsen;
   - u bent aangewezen op geriatrische revalidatie volgens artikel 24.2;
   - u bent jonger dan 18 jaar en heeft vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap recht op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag van zorg in de nabijheid;
   - u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking volgens artikel B.42.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

b. wanneer u aan één of meer van de hierboven genoemde criteria voldoet, heeft u recht op 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.

c. vervoer van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

Wij bepalen op basis van de postcode van uw vertrekadres en uw bestemming het te vergoeden aantal kilometers. Wij doen dit op basis van de snelste route volgens de door ons gehanteerde routeplanner. Meer informatie vindt u op fbto.nl/vervoer of kunt u bij ons opvragen.

Hardheidsclausule ziekenvervoer

Als u niet onder bovenstaande criteria valt, kan er sprake zijn van recht op ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. Ten eerste moet u dan langdurig aangewezen zijn op ziekenvervoer, omdat u behandeld wordt voor een langdurige ziekte of aandoening. Ten tweede moet er sprake zijn van een onbillijkheid van overwegende aard. Wij beoordelen of u op basis van de hardheidsclausule recht heeft op vergoeding. Indien u recht heeft op vervoer op grond van deze hardheidsclausule dan geldt dit niet alleen voor de behandeling zelf maar ook voor consulten, onderzoeken of controles die u ondergaat omdat die bij deze behandelingen noodzakelijk zijn.

Eigen bijdrage voor ziekenvervoer

Voor ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 134,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor het recht op ziekenvervoer

1. Voor ziekenvervoer (met het openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto) en/of vervoer van een begeleider moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. U vraagt toestemming via de FBTO Zorg App of via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54. Wij bepalen 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. U vindt meer informatie over de aanvraagprocedure op fbto.nl/vervoer.
2. Het vervoer moet verband houden met zorg waar u vanuit de basisverzekering recht op heeft of die vanuit de Wlz wordt vergoed.
3. Is ziekenvervoer per openbaar vervoer, (meerpersoons) taxivervoer of eigen auto niet mogelijk? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven voor een ander vervoermiddel.
4. In bijzondere gevallen is begeleiding door 2 begeleiders mogelijk. Ook in dat geval moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven.
5. 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.
6. Indien u gebruik maakt van taxivervoer, dan moet deze vervoerder in het bezit zijn van:
   - de wettelijke voor het uitoefenen van het taxibedrijf vereiste vergunningen en
   - een AGB-code en
   - het taxikeurmerk TX-Keur of een gelijkwaardig keurmerk (een keurmerk is alleen van toepassing op zittend ziekenvervoer).

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Overnachting in plaats van ziekenvervoer

Heeft u recht op ziekenvervoer en is het nodig dat u voor uw behandeling op 3 of meer aaneengesloten dagen van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling reist? Dan heeft u mogelijk recht op een vergoeding van 2 of meer overnachtingen in de buurt van uw behandellocatie. U krijgt een vergoeding van maximaal € 94,50 per nacht. U krijgt ook een vergoeding voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie op de eerste en laatste dag van uw behandeling (op basis van de voorwaarden zoals hierboven genoemd).

Voorwaarden voor het recht op een overnachting in plaats van ziekenvervoer:

1. Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54. Een medewerker van de Vervoerslijn bepaalt of u recht heeft op overnachting in plaats van ziekenvervoer. Daarbij wordt gekeken of overnachten minder belastend voor u is dan heen- en terugreizen.
2. Als u kiest voor het recht op overnachting, dan behoudt u op de eerste en laatste dag van die behandelperiode recht op ziekenvervoer voor de heen- en terugreis van uw huis naar de behandellocatie. Op de vergoeding van de overnachting is geen eigen bijdrage van toepassing.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

Hoe declareer ik mijn nota's?

Een gecontracteerde vervoerder stuurt de nota's van de gemaakte kosten naar ons. Reist u met een niet-gecontracteerde taxivervoerder, het openbaar vervoer of met eigen vervoer? Gebruik dan het declaratieformulier om uw verzoek tot vergoeding van de gemaakte kosten bij ons in te dienen. U vindt dit declaratieformulier op onze website. Op ons verzoek moet u kunnen aantonen dat u de vervoerskosten heeft gemaakt. Wilt u een overnachting declareren? Dan dient u de originele en duidelijk gespecificeerde nota's, voorzien van een btw-nummer, van uw overnachtingskosten bij ons in te dienen. Wij kunnen u verzoeken om een betaalbewijs, ook wanneer u de nota contant heeft betaald.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Voeten

B.18 Preventieve voetzorg voor verzekerden met een verhoogd risico op voetulcera

Heeft u een verhoogd risico op voetulcera vanwege diabetes mellitus (suikerziekte), een andere aandoening of een medische behandeling? Dan heeft u recht op voetzorg. De inhoud van de voetzorg die u ontvangt, is afhankelijk van uw zorgprofiel (zorgprofiel 1, 2, 3 of 4). Uw zorgprofiel wordt bepaald door de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verpleegkundig specialist of physician assistant. Voor de beoordeling hiervan gaat de arts uit van de Sim's of risicoclassificatie.

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. U heeft recht op de zorgonderdelen zoals opgenomen in de geldende zorgmodule over preventie van voetulcera van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP), voor zover deze door het Zorginstituut Nederland geduid zijn als geneeskundige zorg die onder de basisverzekering valt. Deze zorgmodule kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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 B.38.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Voorwaarden voor het recht op preventieve voetzorg

1. Wij stellen de volgende voorwaarden aan de podotherapeut:
   - De podotherapeut moet als zodanig geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici;
   - De podotherapeut kan voor preventieve voetverzorging pedicures inschakelen. De pedicure werkt in onderaannemerschap voor de podotherapeut.
     Een pedicure is, als het gaat om:
     - een diabetische voet:
       - een paramedisch chiropodist, medisch pedicure of pedicure+ met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van brancheorganisatie Stipezo (Stichting pedicure in de zorg), categorie 1 (A+B);
       - een medisch pedicure of een pedicure met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV), die is ingeschreven in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van stichting ProCERT;
       - een medisch voetzorgverlener ingeschreven in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV), dat beheerd wordt door KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg) in samenwerking met de NMMV (Nederlandse Maatschappij van/voor Medisch Voetzorgverleners).
     - een reumatische voet:
       - een paramedisch chiropodist, medisch pedicure, of pedicure+ met de aantekening 'voetverzorging bij reumapatiënten' (RV) die is ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van brancheorganisatie Stipezo (Stichting pedicure in de zorg), categorie 1 (A+B);
       - een medisch pedicure (MP) of een pedicure met de aantekening 'reumatische voet' (RV), die is ingeschreven in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van stichting ProCERT;
       - een medisch voetzorgverlener ingeschreven in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV), dat beheerd wordt door KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg) in samenwerking met de NMMV (Nederlandse Maatschappij van/voor Medisch Voetzorgverleners).
     - een andere indicatie die leidt tot een verhoogd risico op voetulcera:
       - een paramedisch chiropodist of medisch pedicure, die is ingeschreven in het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van brancheorganisatie Stipezo (Stichting pedicure in de zorg);
       - een medisch pedicure, die is ingeschreven in het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van stichting ProCERT.
2. De podotherapeut is de hoofdbehandelaar. De podotherapeut declareert per kwartaal de kosten rechtstreeks bij ons. Ook als de pedicure de behandeling doet.
3. U heeft een verklaring nodig van de huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verpleegkundig specialist of physician assistant. In deze verklaring wordt vastgelegd in welk zorgprofiel u bent ingedeeld. Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of en op welke preventieve voetzorg u onder dit artikel recht heeft.
4. 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:

a. voetonderzoek en behandeling door een podotherapeut of pedicure als u een verhoogd risico op voetulcera heeft en recht heeft op de bijbehorende ketenzorg waarin voetzorg is opgenomen. Deze voetbehandelingen vallen dan onder de ketenzorg (zie artikel B.38);
b. hulpmiddelen voor voetbehandeling, zoals podotherapeutische zolen en orthesen. Meer informatie hierover vindt u in het Reglement Hulpmiddelen. Dit reglement kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen;
c. 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 module;
d. voetscreening door de huisarts. Deze voetscreening valt onder Huisartsenzorg (zie artikel B.37).

B. 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Ziekenhuis en verpleging

B.19 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-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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.20 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;
c. worden de elektriciteitskosten vergoed. Op onze website kunt u het actuele dagtarief vinden.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.21 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 B.28.

B.22 Transplantaties van organen en weefsels

Transplantatie van weefsels en organen moet plaatsvinden in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat daarvoor bevoegd is op grond van wet- en regelgeving. En 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.

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, preserveren, 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 of ZBC. Dit moet het ziekenhuis of ZBC 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 ZBC, 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.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Let op!
Verblijfskosten in Nederland en eventuele misgelopen inkomsten horen hier niet bij.

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

Voorwaarden voor het recht op deze zorg

1. Laat u de transplantatie plaatsvinden in een ziekenhuis of ZBC? En is dit ziekenhuis of ZBC niet door ons gecontracteerd? Dan moet u ons vooraf schriftelijk om toestemming vragen voor de transplantatie. Wilt u weten met welke ziekenhuizen en ZBC's wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.
2. Voor het vervoer van de donor moeten wij u toestemming hebben gegeven via de Vervoerslijn, telefoonnummer 071 365 41 54.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.23 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:

a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting (hieronder valt ook de epilatie van de baard bij trans vrouwen);
c. 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;
d. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of het gevolg is van een aangeboren afwijking of bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
e. de buikwand (het abdominoplastiek), in de volgende gevallen:
   - verminking door ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Hieronder wordt verstaan:
     - een Pittsburgh Rating Scale graad 3 of
     - een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding;
   - onbehandelbare smetten in huidplooien;
   - een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (als uw buikschort minimaal een kwart van uw bovenbenen bedekt);
f. primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde genderincongruentie (inclusief epilatie van de schaamstreek als onderdeel van de vaginoplastiek en penisconstructie);

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

g. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij trans vrouwen (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen).

Als het verblijf medisch noodzakelijk is, dan heeft u recht op deze zorg op basis van artikel B.28.

Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist. Bij plastische chirurgie voor transgender personen, is een verwijzing nodig van een medisch specialist uit het multidisciplinaire genderteam. Het multidisciplinaire genderteam is gespecialiseerd op het gebied van geprotocolleerde behandeling van genderincongruentie en werkt structureel met elkaar samen. Binnen dit team moet een ter zake deskundige de regie voeren gedurende het hele behandeltraject.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven als de betreffende behandeling op de Landelijke Limitatieve Lijst staat. Uw zorgverlener weet welke behandelingen op deze lijst staan. Wij vergoeden plastische chirurgie alleen als de onderzoeken en behandelingen worden uitgevoerd volgens de op dat moment geldende 'VAV werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard'. Deze kunt u vinden op vavolksgezondheid.nl/werkwijzers-vagzvav. Hier ziet u ook de patiëntenversie.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

1. Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. U heeft geen recht op de volgende ingrepen:
   a. het operatief plaatsen of operatief vervangen van borstprothesen, tenzij de operatie wordt uitgevoerd bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie of bij agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij trans vrouwen (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
   b. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
   c. liposuctie van de buik;
   d. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, tenzij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft (dit betekent dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm of lager boven het centrum van de pupil hangt) of 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.24 Revalidatie

U heeft recht op medisch-specialistische revalidatie (24.1) en geriatrische revalidatie (24.2).

24.1 Medische specialistische revalidatie

Moet u revalideren? Dan heeft u alleen recht op medisch-specialistische revalidatie (MSR) als u een van de volgende aandoeningen heeft:

a. Een aangeboren of verworven aandoening van het bewegingsapparaat, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

b. Een aangeboren of verworven neurologische aandoening, die leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. U heeft ook recht op MSR zonder dat sprake is van problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen indien u niet-aangeboren hersenletsel (NAH) heeft en dit leidt tot cognitieve problemen of spraak- of slikproblemen.
c. Een aandoening die niet primair is gelegen in het bewegingsapparaat of in de aansturing daarvan, maar secundair wel leidt tot problemen van het bewegingsvermogen van wervelkolom, romp of ledematen. Het moet gaan om een klacht, stoornis of aandoening die volgens het Zorginstituut Nederland voldoet aan deze omschrijving.

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.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische revalidatie

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, jeugdarts, verpleegkundig specialist, arts-assistent of een andere medisch specialist;
2. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische revalidatie;
3. Patiënten komen pas in aanmerking voor medisch specialistische revalidatie wanneer is voldaan aan de uitgangspunten van stepped care tenzij sprake is van een aandoening op de lijst van revalidatiediagnosen die mede door de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen is opgesteld en de revalidatiearts constateert dat een stepped care-traject gezien de aard en ernst van de aandoening niet aan de orde is. Bij stepped care wordt een patiënt altijd de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling aangeboden die mogelijk is gezien de aard en ernst van de problematiek. En als de minimaal noodzakelijke interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een intensievere interventie overgegaan.

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

a. (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
b. eerstelijns verblijf.

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.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier ‘aanvraag machtiging niet-gecontracteerde medisch specialistische revalidatie zorg’ welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de diagnose, behandelplan en behandelduur plus onderbouwing;
- het doorlopen voortraject.

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

B. 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

24.2 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 in verband met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit. Het doel van geriatrische revalidatie is het herstel of verbeteren van uw functioneren en uw participatie in de maatschappij.

Voorwaarden voor het recht op geriatrische revalidatie

1. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatiezorg.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.
3. Voorafgaand aan deze verwijzing naar geriatrische revalidatiezorg verbleef u niet voor behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg (Wlz). In deze situatie wordt de herstelgerichte behandeling namelijk vergoed uit de Wlz.
4. Of u bent aangewezen op geriatrische revalidatiezorg moet blijken uit een geriatrisch assessement. Dit assessement wordt afgenomen door een specialist ouderengeneeskunde, een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.25 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.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

5. U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel B.15, B.27 en B.28 staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

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

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf.

Let op!

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

Let op!

Heeft u de diagnose dementie of er is sprake van een vermoeden dat u dementie heeft? En heeft u verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig? Dan kan iemand nodig zijn die dat coördineert (casemanager). Afhankelijk van uw situatie kan hiervoor casemanagement dementie in worden gezet. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt samen met u en/of uw naaste of casemanagement dementie nodig is.

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

1. Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door minimaal een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld in uw aanwezigheid.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

2. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een hbo-kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de medisch specialistische behandeling. Als blijkt dat het om medische kindzorg gaat dan dient de hbo-kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BINKZ). De indicatie dient conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) te worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de ouder(s) of (wettelijk) vertegenwoordiger.
3. Een minimaal BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige (zoals genoemd bij 1 en 2) moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken en binnen welke termijn. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige de zorgvraag en zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document ‘Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving’ en het Begrippenkader Indicatieproces.
4. De verpleging en verzorging moet worden geleverd door een verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger.
5. Bij palliatieve terminale zorg heeft de verpleegkundige in het dossier vastgelegd dat de behandelend arts (naam en datum) heeft vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. De aard, inhoud en omvang van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit het kwaliteitskader palliatieve zorg.
6. Wanneer (gespecialiseerde) verpleging voorbehouden of risicovolle handelingen betreft, dient aantoonbaar gemaakt te worden dat deze in opdracht van een arts wordt uitgevoerd. Ook dient de zorgverlener aantoonbaar bevoegd en bekwaam te zijn om deze handelingen uit te voeren. Bij een risicovolle handeling dient de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt te zijn in het zorgplan. In het geval van een voorbehouden handeling, dient er een uitvoeringsverzoek aanwezig te zijn van een arts en wordt er gewerkt overeenkomstig de ‘handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging’ (ActiZ, 2019).

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft:

a. u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel B.32;
b. 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);
c. u heeft geen recht op zorg door inzet van het eigen (cliënt) netwerk (voorheen gebruikelijke zorg). Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het ‘Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving’ van de V&VN de afweging maken wat u en uw netwerk zelf kan oplossen. Dit betekent dat zij onder andere het netwerk van u in kaart brengt. De zorg die het netwerk kan en wil verlenen, mag in een indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van de V&VN verstaan: “naasten en mantelzorgers” zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van verzekerde. Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de verzekerde (zorgvrager), hoe de hulpvraag opgelost of hoe de interventie uitgevoerd kan worden. Zelfredzaamheid (samen met het eigen netwerk) is het uitgangspunt van het Normenkader.

B. 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

Let op!

Binnen de wijkverpleegkundige zorg constateren wij dat er sprake is van grote kwaliteitsverschillen in levering van zorg. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden. Wij willen u er op wijzen dat wanneer u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorgverleners de afhandeltijd van nota's langer duurt. Wij wijzen u erop dat we in alle regio's ruim voldoende zorgverleners hebben gecontracteerd.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

1. Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik te maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke u kunt vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
   - de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
   - het diploma van de minimaal BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
   - en in het geval van palliatief terminale zorg het bewijs van de vastlegging van de verpleegkundige in het dossier dat de behandelend arts (naam, specialisme, BIG-nummer en datum) heeft vastgesteld dat de palliatief terminale fase is aangebroken.

Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Wij kunnen daarvoor ook een precieze onderbouwing vragen aan de verpleegkundige die uw indicatie heeft opgesteld. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag (deels) afwijzen.

2. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.27 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het verblijf is over het algemeen gericht op terugkeer naar de thuissituatie. Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

- paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door zorg zoals huisartsen plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op eerstelijns verblijf

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.
2. U heeft vooraf toestemming van ons nodig wanneer u wilt verblijven bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf. Onderaan dit artikel vindt u meer informatie over hoe u of uw zorgverlener dit aanvraagt.
3. Voor palliatief terminale zorg moet de uitvoering van zorg conform de inzichten uit de geldende zorgmodule palliatieve zorg of het kwaliteitskader palliatieve zorg plaatsvinden.
4. De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal opleidingsniveau 4.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

a. wanneer u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf zal dan betaald worden vanuit de Wlz;
b. wanneer er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven. Dit wordt betaald vanuit de Wmo;
c. wanneer u jonger bent dan 18 jaar en geneeskundige geestelijke zorg nodig heeft. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

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

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.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf

1. Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet u of uw zorgverlener gebruik maken van het formulier “Machtigingsformulier ELV niet-gecontracteerde zorgaanbieders” welke te vinden is op onze website.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

2. Bij de aanvraag voor de toestemming moet u of uw zorgverlener de verwijzing van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist bijvoegen. In deze verwijzing moet de zorgvraag en relevante co-morbiditeit vermeld worden. Uit de onderbouwing moet blijken of het om ELV-laag, -hoog, -palliatief, gesloten herstel of Korsakov gaat. Tevens moet in de verwijzing worden onderbouwd dat u naar verwachting na de opname weer terug naar de thuissituatie kunt. Dit laatste geldt niet bij palliatief terminale zorg. Als wij de aanvraag hebben ontvangen dan beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en uw zorgverlener ontvangen van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
3. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf

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

a. een ziekenhuis;
b. een zelfstandig behandelcentrum of
c. de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via agbcode.nl. Wanneer een extramuraal werkend specialist niet door ons wordt gecontracteerd, vindt vergoeding op dezelfde wijze plaats als voor niet-gecontracteerde zelfstandige behandelcentra.

De zorg bestaat uit:

a. medisch-specialistische zorg;
b. 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.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, arts-assistent, klinisch technoloog, verloskundige (voor gynaecologie, klinische genetica en centrum voor prenatale diagnostiek), optometrist (alleen als het om oogzorg gaat), orthoptist (alleen als het om oogzorg gaat), kaakchirurg, een tandarts (alleen als het om dermatologie, neurologie, anesthesiologie of KNO gaat), GGD-arts (bij TBC of SOA), verslavingsarts, forensisch arts of een andere medisch specialist.
2. Naar een KNO-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien of door een klinisch fysicus audioloog.
3. Naar een kinderarts mag u ook zijn doorverwezen door het RIVM wanneer er sprake is van een positieve/afwijkende hielprikscreening bij een pasgeborene.
4. Woont u in een verpleeghuis? En heeft u geen eigen huisarts? Dan mag een basisarts welke werkzaam is in uw verpleeghuis u doorverwijzen.
5. De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
6. 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.
7. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

8. Ondergaat u een polysomnografie (een uitgebreide slaapregistratietest waarin de kwaliteit van uw ademhaling en slaap wordt gemeten) bij een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde polysomnografie' welke te vinden is op onze website. Wacht altijd onze toestemming af voordat u aan uw behandeling begint. Alleen dan krijgt u de behandeling vergoed.

Let op!

In de volgende artikelen van B. Verzekerde zorg basisverzekeringen zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

- Artikel B.8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie
- Artikel B.13 Audiologisch centrum
- Artikel B.15 Geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (tweedelijns GGZ)
- Artikel B.19 Erfelijksonderzoek en - advisering
- Artikel B.20 Mechanische beademing
- Artikel B.21 Thuisdialyse
- Artikel B.22 Transplantatie van organen en weefsels
- Artikel B.23 Plastische chirurgie
- Artikel B.24 Revalidatie
- Artikel B.30 Bevalling en verloskundige zorg
- Artikel B.31 In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitrificatie
- Artikel B.33 Oncologieonderzoek bij kinderen
- Artikel B.41 Trombosedienst

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

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

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel B.15.

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 zelfstandigbehandelcentrum 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. verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
c. eerstelijns verblijf.

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.

B. 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

De lijsten met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.29 Overnachting in nabijheid ziekenhuis bij CAR T-celtherapie

Ondergaat u CAR T-celtherapie in het expertziekenhuis waar u behandeld wordt? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van overnachting in de buurt van het expertziekenhuis. U krijgt hiervoor een vergoeding van maximaal € 94,50 per nacht.

Voorwaarden voor het recht op overnachting in nabijheid ziekenhuis bij CAR T-celtherapie

1. U kunt niet binnen 60 minuten in het expertziekenhuis zijn waar u behandeld wordt.
2. U heeft alleen recht op vergoeding van de kosten van overnachting in de buurt van het expertziekenhuis tijdens de derde en vierde week na uw behandeling. In de eerste en tweede week na de behandeling verblijft u in het expertziekenhuis.

Hoe declareer ik mijn nota's?

U kunt de nota's van uw overnachtingskosten bij ons indienen. Gebruik hiervoor het declaratieformulier op onze website.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Zwanger (worden)/baby/kind

B.30 Bevalling en verloskundige zorg

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

30.1 Met medische indicatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

a. verloskundige zorg door een medisch specialist. Daaronder valt ook zorg door een verloskundige in een ziekenhuis die onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist werkt;
b. het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door de zorg zoals medisch specialisten die 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

30.2 Zonder medische indicatie

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

a. 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 € 45,- per verblijfsdag (€ 22,50 voor de moeder en € 22,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 323,- per dag (€ 161,50 voor de moeder en € 161,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 45,- ook het bedrag dat boven de € 323,- per dag uitkomt;
b. verloskundige zorg door een verloskundige, of door een verloskundig actieve huisarts die daartoe bevoegd en bekwaam is.

Voorbeeld:

Wij vergoeden maximaal € 278,- per dag voor het gebruik van de verloskamer. De berekening hiervoor is als volgt: € 323,- (of een hoger bedrag) -/- € 45,- (eigen bijdrage) = maximaal € 278,- per dag voor moeder én kind. N.B. Geboortecentra brengen vaak maar 1 dag in rekening.

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

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!
Wilt u zorg van een verloskundige met wie wij geen contract hebben afgesloten? Of maakt de verloskundige gebruik van een zorgverlener voor röntgen- en laboratoriumonderzoek met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.31 In-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen, sperma invriezen en eicelvitrificatie

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

31.1 IVF of ICSI

Wilt u een IVF of ICSI 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. De 3 pogingen zijn voor IVF- en ICSI-behandelingen samen.

Wat wordt verstaan onder een IVF- of ICSI-poging tot zwangerschap?

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

a. rijping van eicellen door hormonale behandeling in het lichaam van de vrouw;
b. het verkrijgen van rijpe eicellen (follikelpunctie);
c. eicelbevruchting en opkweken van embryo's in het laboratorium;
d. 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.

Vanaf het moment van de geslaagde follikelpunctie tellen wij de poging mee, ongeacht of er daadwerkelijk eicellen worden verkregen. Daarna tellen alle pogingen mee die worden afgebroken, voordat er sprake is van een doorgaande zwangerschap. Een nieuwe poging na een doorgaande zwangerschap geldt opnieuw als een eerste poging. Het terugplaatsen van ingevroren embryo's valt onder de IVF- of ICSI-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 worden teruggeplaatst. Als dit niet tot resultaat leidt, dan kan er weer met een IVF- of ICSI-behandeling gestart worden. Deze geldt dan als een eerste poging.

Wat wordt verstaan onder doorgaande zwangerschap?

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

a. fysiologische zwangerschap: een (spontane) zwangerschap van ten minste 12 weken sinds de eerste dag van de laatste menstruatie;
b. zwangerschap na een IVF- of ICSI-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 is teruggeplaatst.

Voorwaarden voor het recht op IVF en ICSI

1. De behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudende instelling voor IVF en ICSI.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

2. Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische indicatie nodig van uw behandelend arts. Hieruit moet blijken dat u recht heeft op IVF of ICSI.
3. Voor behandeling in een instelling in het buitenland moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op geneesmiddelen die nodig zijn voor een vierde en volgende IVF- of ICSI-poging.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

31.2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen

Bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u ook recht op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF of ICSI, 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 indicatie nodig van uw behandelend arts.
2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

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.

B. 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

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- of ICSI-gebonden indicatie

Tijdens een IVF- of ICSI-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, binnen een IVF- of ICSI-poging, ook als u bezwaar heeft tegen het invriezen van embryo's.

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- of ICSI-poging (zie 31.1).

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.

B. 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.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**
   Voor kraamzorg thuis geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 5,70 per uur. Kraamzorg thuis wordt ook vergoed aan de voogd van de pasgeborene na adoptie of als de moeder is overleden tijdens of vlak na de bevalling.
b. **geboorte- of kraamcentrum**
   Per ligdag in een geboorte- of kraamcentrum wordt maximaal 8 uur kraamzorg per ligdag in rekening gebracht en dat voor maximaal 4 ligdagen. Hiervoor geldt ook een wettelijke eigen bijdrage van € 5,70 per uur. Voor de resterende geïndiceerde kraamzorguren is er recht op kraamzorg thuis.
c. **in het ziekenhuis**
   Bevalt u zonder medische indicatie in het ziekenhuis? Dan geldt er voor zowel moeder als kind een wettelijke eigen bijdrage van € 45,- per (verblijf) dag (€ 22,50 voor de moeder en € 22,50 voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 323,- per dag (€ 161,50 voor de moeder en € 161,50 voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 45,- ook het bedrag dat boven de € 323,- per dag uitkomt.
   U heeft recht op het aantal uren kraamzorg dat is vastgesteld op de wijze zoals hieronder aangegeven onder het kopje ‘Hoeveel kraamzorg krijgt u?’, verdeeld over ten hoogste 6 weken, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Als de kraamzorg al gedeeltelijk in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wordt een aantal uren kraamzorg in mindering gebracht op het hiervoor bedoelde aantal vastgestelde uren. Voor het resterende aantal uren bestaat er dan recht op kraamzorg thuis.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

Hoeveel kraamzorg krijgt u?

Het recht op kraamzorg is beperkt tot kraamzorg van ten minste 24 uur tot maximaal 80 uur, verdeeld over ten hoogste 6 weken, te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Het werkelijke aantal uren kraamzorg dat u ontvangt, stelt de kraamverzorgende van het geboorte- of kraamcentrum vast. Hierbij volgt de kraamverzorgende in beginsel het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg, dan wel het/de indicatieprotocol/-methodiek dat/die daarvoor in de plaats komt. Op onze website vindt u het protocol en een toelichting op dit protocol.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

B.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.

B.34 Prenatale screening/diagnostiek

U heeft als vrouwelijke verzekerde vanuit de basisverzekering recht op:

a. de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT). U heeft alleen recht op deze test, als u een medische indicatie heeft;
b. invasieve diagnostiek (bijvoorbeeld vlokkentest of vruchtwaterpunctie). U heeft alleen recht op deze diagnostiek, als u een medische indicatie of een positieve NIPT heeft. Dit is aan de zorgverlener om vast te stellen.

Let op!

Tijdens de zwangerschap kunt u ook in aanmerking komen voor onderdelen van de prenatale screening die niet onder de basisverzekering vallen. Deze onderdelen worden van overheidswege vergoed. Dat zijn bijvoorbeeld de 13- en 20-weken echo, maar ook de NIPT als u daarvoor geen medische indicatie zou hebben. Lees op https://www.pns.nl/prenatale-screeningen wat precies onder de overheidsregeling valt.

Voorwaarde voor het recht op prenatale screening/diagnostiek

De zorgverlener die de prenatale screening/diagnostiek 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Overig

B.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.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a. afspraken buiten reguliere werktijden;
b. niet-nagekomen afspraken;
c. 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.36 Gecombineerde leefstijlinterventie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Heeft u een risicoprofiel matig verhoogd, sterk verhoogd of extreem verhoogd Gewichtsgerelateerd GezondheidsRisico (GGR) volgens de richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) en Care for Obesity (C4O)? Dan heeft u recht op een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI).

De GLI is een programma gericht op het veranderen van uw gedrag. Hierbij krijgt u begeleiding bij het verbeteren van uw eetgewoontes, het verhogen van uw bewegingsactiviteit en het vasthouden van deze gewoontes als duurzame gedragsverandering. Dit programma heeft een duur van 2 jaar.

Voorwaarden voor het recht op GLI

1. U moet 18 jaar of ouder zijn. Bent u 16 of 17 jaar oud? Dan heeft u recht op een Gecombineerde Leefstijlinterventie als uw huisarts deze zorg voor u passend acht.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts.
3. Een matig verhoogd, sterk verhoogd of extreem verhoogd GGR moet door de huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts zijn vastgesteld. Deze risico's zijn uitgewerkt in de richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen van het PON en C4O.
4. De zorgverlener werkt met een effectief GLI-programma dat als zodanig is geregistreerd bij het Loket Gezond Leven en dat als verzekerde zorg is aangemerkt.
5. De zorgverlener moet minimaal beschikken over de competenties op het niveau van hbo-leefstijlcoach en met een aantekening GLI ingeschreven staan in één van de volgende registers:
   a. het Register voor Leefstijlcoaches van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN);
   b. het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of het deelregister van het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR);
   c. of, in het geval van diëtisten of oefentherapeuten, het kwaliteitsregister Paramedici.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op GLI wanneer uw GGR volgens de richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen van het PON en C4O door de huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts is ingeschat als licht verhoogd.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wij hebben voor GLI zorggroepen gecontracteerd, die samenwerken met zorgverleners die de effectieve GLI aanbieden. Werkt uw zorgverlener in opdracht van de zorggroep? Dan krijgt u de kosten volledig vergoed. De zorggroep declareert per kwartaal de kosten rechtstreeks bij ons; de zorgverlener declareert zijn kosten bij de zorggroep.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

Let op!

Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet uw zorgverlener gebruik maken van het formulier ‘aanvraagformulier niet-gecontracteerde Gecombineerde Leefstijlinterventies’ welke te vinden is op onze website. Bij de aanvraag moet het volgende worden opgestuurd:

- de naam en verwijsbrief van de huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts waarop staat dat u een matig, sterk of extreem verhoogd GGR heeft;
- de naam en de AGB-code van de zorgverlener, die het GLI programma begeleidt;
- de naam van het GLI programma.

Vervolgens beoordelen wij de aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en/of uw zorgverlener ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

B.37 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.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!
Wilt u zorg van een huisarts met wie wij geen contract hebben afgesloten? Of maakt de huisarts gebruik van een zorgverlener voor röntgen- en laboratoriumonderzoek met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.38 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 risicomanagement (VRM) als wij hierover met een zorggroep afspraken hebben gemaakt. Bij ketenzorg staat de patiënt met een chronische aandoening centraal. Zorgverleners van verschillende disciplines hebben een rol in het zorgprogramma. Momenteel hebben wij ketenzorg ingekocht voor diabetes mellitus type 2, COPD, astma en VRM. De inhoud van deze programma's is afgestemd op de zorgstandaard Diabetes mellitus, de zorgstandaard COPD, de zorgstandaard Astma en 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? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorggroep 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 A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Heeft u diabetes mellitus type 2 en bent u jonger dan 18 jaar? Of is uw zorgverlener niet aangesloten bij een zorggroep? Dan heeft u alleen recht op de zorg zoals medisch specialisten, diëtisten en huisartsen die plegen te bieden. Dat is de zorg zoals die is omschreven in artikel B.28, B.35 en B.37. Daarnaast heeft u bij diabetes mellitus type 2 recht op voetzorg zoals omschreven in artikel B.18.

Wilt u weten met welke zorggroepen wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.39 Ketenaanpak bij overgewicht en obesitas voor verzekerden tot 18 jaar

Bent u jonger dan 18 jaar? En heeft u een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) of hoger volgens de richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) en Care for Obesity (C4O)? Dan heeft u in het kader van een ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas dat 2 domeinen (het sociale domein en het domein van de Zorgverzekeringswet (Zvw)/Basisverzekering) beslaat, recht op zorg en ondersteuning voor zover deze door het Zorginstituut Nederland als basisverzekeringszorg zijn geduid. Bij vaststelling van een matig verhoogd GGR of hoger volgt verwijzing naar een Centraal Zorgverlener (CZV) die een brede anamnese (oftewel een uitgebreide intake en analyse van de problematiek) uitvoert en een plan van aanpak opstelt. Als uit het plan van aanpak gemotiveerd blijkt dat u op een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) aangewezen bent, heeft u naast recht op een GLI ook recht op verdere begeleiding en coördinatie van de CZV. De CZV begeleidt en coördineert binnen de keten de juiste ondersteuning en zorg op het juiste moment door de juiste professional voor het kind en gezin en zorgt voor samenhang in de ketenaanpak. De GLI is een interventie die gericht is op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

Voorwaarden voor het recht op Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas

1. Kinderen tot 18 jaar hebben recht op een GLI op basis van dit artikel. Bent u 16 of 17 jaar? Dan heeft u ook recht op de GLI voor volwassenen uit B.36 wanneer de huisarts deze zorg voor u als passend acht. Zorg op grond van dit artikel en B.36 kan niet tegelijkertijd plaatsvinden.
2. U moet doorverwezen zijn door een huisarts, kinderarts, jeugdarts of jeugdverpleegkundige, waarbij de jeugdverpleegkundige niet naar zichzelf mag verwijzen.
3. Een matig verhoogd, sterk verhoogd of extreem verhoogd GGR moet door de huisarts, kinderarts, jeugdarts, of jeugdverpleegkundige zijn vastgesteld volgens de richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) en Care for Obesity (C4O).
4. U heeft recht op een GLI en de verdere begeleiding en coördinatie van de Centrale Zorgverlener (CZV) vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) of hoger én als een GLI-programma (onderbouwd) onderdeel is van het zorgplan.
5. Het GLI-programma heeft een doorlooptijd van maximaal 24 aaneengesloten maanden.
6. De inzet van de Centrale Zorgverlener kan binnen deze ketenaanpak in zijn totaliteit maximaal 3,5 jaar duren.
7. De fase tussen het uitvoeren van de anamnese en de start van de GLI (tussenfase) heeft een maximale duur van 6 maanden. Verlenging van de tussenfase is alleen mogelijk als daar duidelijke argumenten voor zijn en wij hier vooraf toestemming voor hebben verleend. De Centrale Zorgverlener moet daartoe een gemotiveerde aanvraag bij ons indienen via onze website.
8. De rol van Centrale zorgverlener moet worden uitgevoerd door een zorgverlener die als Centrale Zorgverlener (CZV) staat ingeschreven in tenminste één van de erkende registers voor Centrale Zorgverleners.
9. De GLI moet worden uitgevoerd door een zorgverlener die als kinderleefstijlcoach staat ingeschreven in tenminste één van de erkende registers voor Kinderleefstijlcoaches.
10. De kinderleefstijlcoaches werken met GLI-programma's voor kinderen, waarvan de effectiviteit door het RIVM op een voldoende niveau is vastgesteld en bewezen en die zijn aangemerkt als verzekerde zorg door Zorgverzekeraars Nederland/het Zorginstituut Nederland en ons.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

a. een anamnese en het opstellen van een plan van aanpak wanneer de GGR volgens de richtlijn Overgewicht en obesitas bij volwassenen en kinderen van het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) en Care for Obesity (C4O) door de huisarts of kinderarts is ingeschat als licht verhoogd.
b. een GLI en de verdere begeleiding en coördinatie van de CZV wanneer de GLI – ondanks dat u een matig verhoogd GGR of hoger heeft – geen (onderbouwd) onderdeel uitmaakt van het plan van aanpak van de CZV.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.40 Stoppen-met-rokenprogramma

U heeft maximaal 3 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

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

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. Geneesmiddelen in het kader van een stoppen-met-rokenprogramma (nicotinevervangende middelen, nortriptyline, bupropion, cytisinicline en varenicline) worden uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning.
2. Het programma moet zijn opgesteld in overeenstemming met de omschrijving en kaders die worden gesteld in de geldende Zorgstandaard Tabaksverslaving, en voldoen aan de richtlijn 'Tabaks- en nicotineverslaving' en voor de onderwerpen die niet in de richtlijn aan bod komen, aan de oorspronkelijke richtlijn 'Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning' en latere herzieningen.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B.41 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, verloskundige (ingeval van een zwangerschap of bevalling), 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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

B. Verzekerde zorg basisverzekeringen

B.42 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP)

De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) is een verzameling van zorgvormen voor kwetsbare mensen die (nog) thuis wonen. De zorgvraag is veelzijdig en kan liggen op het somatische, het psychische en/of het gedragsmatige gebied. Het gaat hierbij onder andere om:

- oudere mensen met complexe aandoeningen (somatische en/of psychische);
- mensen met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, zoals bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, de ziekte van Huntington en multiple sclerose;
- mensen met niet-aangeboren hersenletsel;
- mensen met een verstandelijke beperking.

De zorg bestaat uit:

- generalistische geneeskundige zorg gericht op kwetsbare patiënten, zoals ouderen en mensen met een verstandelijke beperking. De behandeling is dan gericht op het aanleren van vaardigheden of gedrag aan het systeem van de patiënt. Het gaat om vaardigheden en gedrag over hoe om te gaan met de gevolgen van de aandoening, stoornis of beperking van de patiënt.
- zorg die niet meer op genezing is gericht, maar op het omgaan met de problemen en beperkingen die uit de aandoening voortvloeien.

De zorg die u ontvangt, wordt bepaald door de zorgvraag en de professionele afweging die gelden voor de specifieke interventies die aangeboden worden. Deze zorg kan door de arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde worden verleend (monodisciplinaire zorg). De behandeling kan ook worden geleverd door een multidisciplinair team dat staat onder regie van de regiebehandelaar GZSP. In beide situaties wordt de behandeling vastgelegd in een behandelplan. Deze zorg kan individueel of groepsgewijs worden ingezet. De geleverde zorg moet voldoen aan de Uitgangspunten ‘Zorg in een groep’ Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) en Uitgangspunten ‘Individuele prestaties’ Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP)’. Deze uitgangspunten zijn gezamenlijk opgesteld door diverse zorgaanbieders, beroepsorganisaties en Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze via zn.nl/publicaties.

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

Voorwaarde voor het recht op geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op zorg:

a. als de behandeldoelen zijn behaald of als er geen behandeldoelen meer zijn.
b. wanneer een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) is afgegeven.

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. Meer hierover leest u in artikel A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

C. Algemene voorwaarden aanvullende module(s)

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende module(s). Uitzonderingen hierop zijn artikel A.1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op: lid a-d en artikel A.4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners. Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende module(s). Daarnaast zijn er ook artikelen die specifiek voor uw aanvullende module(s) gelden. Hieronder staan die artikelen.

C. Algemene voorwaarden aanvullende module(s)

C.1 Hoe sluit u aanvullende modules af?

1.1 Aanvullende module(s) aanzetten

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek aanvullende module(s) aanzetten. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor aanvullende module(s) door deze via onze website aan te klikken. Wij gaan een aanvullende module nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1.

De basisverzekering kunt u aanvullen met de volgende modules:

1. Spieren & Gewrichten: 3 of 6;
2. Tand Basis (75 procent 250) of Tand (100 procent 250);
3. Tand ongeval;
4. Zorg in het buitenland: Europa of Wereld;
5. Zorg & Herstel.

Op uw polisblad kunt u zien of de module aanstaat.

Let op!

De meeste modules kiest u tegelijk met uw basisverzekering.

U kunt deze modules dus niet het hele jaar door aanzetten. Het gaat om:

- Spieren & Gewrichten: 3 of 6;
- Tand Basis (75 procent 250) of Tand (100 procent 250);
- Zorg & Herstel.

Sommige modules kunt u het hele jaar door aanzetten

Deze modules kunt u in 2026 het hele jaar door aanzetten:

- Tand ongeval;
- Zorg in het buitenland: Europa of Wereld.

1.1.1 De module Zorg in het buitenland Europa veranderen naar Wereld

Bij de module Zorg in het buitenland Europa heeft u de mogelijkheid gedurende het jaar deze om te zetten naar Wereld. De keuze van Zorg in het buitenland Wereld naar Europa omzetten, is gedurende het jaar niet mogelijk.

1.1.2 De module staat aan tot en met 31 december

Zet u tijdens het kalenderjaar een module aan of heeft u een module tegelijkertijd aangezet met uw basisverzekering, dan blijft de module altijd aanstaan tot en met 31 december van het lopende kalenderjaar. Tussentijds uitzetten van de modules en/of een ander bedrag van vergoeding kiezen is niet mogelijk.

1.1.3 Het uitzetten van de modules per 31 december moet u zelf regelen

Aan het eind van het lopende kalenderjaar maakt u weer opnieuw een keuze voor het nieuwe kalenderjaar.

1.1.4 Doorgeven van veranderingen

Veranderingen in uw basisverzekering of aanvullende modules kunt u in fbto.nl/mijnfbto doorgeven.

1.1.5 Welke modules zijn van toepassing?

Op deze overeenkomst zijn uitsluitend de modules van toepassing die op uw polis staan. U kunt uw polis raadplegen via fbto.nl/mijnfbto.

1.2 Soms kunnen wij geen aanvullende modules voor u afsluiten

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende module(s) voor u af.

C. Algemene voorwaarden aanvullende module(s)

Wij weigeren uw aanvraag als:

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

1.3 Kinderen krijgen dezelfde aanvullende module als de ouder

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u aanvullende module(s) voor uw kinderen afsluiten, wanneer u zelf ook die aanvullende module(s) heeft bij ons. Dit geldt niet voor de tandmodules. Voor de aanvullende module(s) voor kinderen jonger dan 18 jaar betaalt u geen premie. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende module af te sluiten die u of uw meeverzekerde partner niet heeft afgesloten.

Let op!

Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende module(s)? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert.

C. Algemene voorwaarden aanvullende module(s)

C.2 Wat verzekert de aanvullende module?

2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende module, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende module 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 uit de aanvullende modules, vergoeden wij de kosten alleen, als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in de voorwaarden van deze module. Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in de voorwaarden van deze module.

Vergoeding na onderbreking van de verzekeringstermijn

Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal 12 maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken en telt de duur van de onderbreking mee voor het bepalen van de termijn van de bij de dekking genoemde vergoedingstermijn.

2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

U kunt een beroep doen op deze overeenkomst alleen als de zorg in Nederland wordt verleend.

Dit is niet van toepassing op de:
- module Zorg in het buitenland Europa en
- de module Zorg in het buitenland Wereld.

Deze modules vergoeden spoedeisende hulp (ook) in het buitenland.

Wanneer u de module Spieren & Gewrichten en/of Tand heeft aanstaan, wordt de zorg uit deze modules niet alleen in Nederland maar ook in het buitenland vergoed.

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de voorwaarden van deze module. 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 A.20 Wat zijn de gevolgen van fraude? 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. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende module(s) zouden vergoeden.

C. Algemene voorwaarden aanvullende module(s)

2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende module die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende module vallen. Vanuit de aanvullende module 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 verrekend, tenzij een collectieve aanvullende module bij ons is afgesloten die het verplicht eigen risico vergoedt;
c. wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende module.

Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende module(s) indien en tot zover de geneeskundige kosten gedekt worden vanuit enige wet of voorziening of door een reisverzekering, al dan niet van oudere datum, of daaronder andere gedekt zijn, indien deze aanvullende module(s) niet zou bestaan. Indien de kosten van uw behandeling (deels) ook bij een andere (reis)verzekeraar voor vergoeding in aanmerking komen zullen wij die eerst vergoeden en vervolgens (deels) verhalen op de betreffende verzekeraar. Hiervoor delen wij uw medische gegevens met de (reis)verzekeraar.

2.4 Kosten die voortvloeien uit terrorisme

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

2.5 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

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

- De basisverzekering;
- Aanvullende module(s);
- De aanvullende modules tand.

C. Algemene voorwaarden aanvullende module(s)

C.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 module(s) geldt dus geen eigen risico voor de vergoedingen.

C. Algemene voorwaarden aanvullende module(s)

C.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.

Wijzigt tijdens de looptijd van deze overeenkomst de gezinssamenstelling? Dan passen wij uw premie aan de nieuwe situatie aan.

Verhuizen 1 of meer verzekerde gezinsleden, bijvoorbeeld voor een studie? Ook dan passen wij uw premie aan de nieuwe situatie aan.

Heeft 1 van de ouders bij ons een basisverzekering en aanvullende module(s) afgesloten? Dan is de persoon jonger dan 18 jaar die is meeverzekerd, geen premie verschuldigd voor de aanvullende module(s). 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.

Voor de module Tand geldt dat deze alleen kan worden afgesloten voor kinderen vanaf 18 jaar. Tot 18 jaar worden de tandheelkundige kosten grotendeels vergoed uit de basisverzekering.

4.2 Als u de premie niet op tijd betaalt

Betaalt u (verzekeringnemer) uw premie niet op tijd? Dan gebeurt in aanvulling op artikel A.9 Wat gebeurt er als u niet op tijd betaalt? en A.10 Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft? het volgende. Wij beëindigen uw aanvullende module(s), als u (verzekeringnemer) uw premie niet betaalt binnen de gestelde betalingstermijn in onze derde 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 module(s) afsluiten. Hier kan wel een medische beoordeling aan voorafgaan.

C. Algemene voorwaarden aanvullende module(s)

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

5.1 Wij kunnen uw premie en/of voorwaarden wijzigen

Wij hebben het recht de premie en/of de voorwaarden van de bij ons lopende aanvullende module(s) en bloc of groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging voeren wij door op een datum die wij vaststellen. Deze wijzigingen gelden voor uw aanvullende module(s), 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? Dan kunt u dit binnen 30 dagen nadat wij de wijziging bekend hebben gemaakt via het klachtenformulier aan ons doorgeven. Wij beëindigen uw aanvullende module 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;
- uw premie stijgt, doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt.

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

C. Algemene voorwaarden aanvullende module(s)

C.6 Wanneer gaat uw aanvullende module in? En hoe wijzigt u deze?

6.1 Uw aanvullende module gaat in op 1 januari

De overeenkomst gaat in op de datum die als ingangsdatum op de polis is genoemd. De looptijd van de overeenkomst is 1 kalenderjaar. Gaat de overeenkomst in de loop van een kalenderjaar in? Dan geldt de overeenkomst voor de rest van dat kalenderjaar. De overeenkomst wordt daarna steeds met 1 kalenderjaar verlengd.

Let op!

De meeste modules kiest u dus tegelijk met uw basisverzekering.

U kunt deze modules dus niet het hele jaar door aanzetten:

- Spieren & Gewrichten: 3 of 6;
- Tand Basis (75 procent 250) of Tand (100 procent 250);
- Zorg & Herstel.

Sommige modules kunt u het hele jaar door aanzetten

Deze modules kunt u in 2026 het hele jaar door aanzetten:

- Tand ongeval;
- Zorg in het buitenland: Europa of Wereld.

6.2 Uw aanvullende module wijzigen

Wilt u (verzekeringnemer) uw aanvullende module(s) wijzigen? Dan kan dat tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. U kiest dan een hogere of lagere variant van de aanvullende (tand) module die u al heeft. Wij wijzigen uw module dan, met terugwerkende kracht, per 1 januari.

De modules Tand ongeval en Zorg in het buitenland (Europa en Wereld) kunnen het hele jaar door aangezet worden. De ingangsdatum bij tussentijds aanzetten is dan de 1e van de maand volgend op de maand van het aanzetten.

Heeft u eerder dan in dit kalenderjaar een uitneembaar volledig kunstgebit laten plaatsen? En heeft u het lopende kalenderjaar nog geen kosten gedeclareerd op de aanvullende module Tand? Dan heeft u het recht om uw aanvullende module Tand 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.

C. Algemene voorwaarden aanvullende module(s)

C.7 Hoe beëindigt u uw aanvullende module?

7.1 Manieren om uw aanvullende module te beëindigen

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

a. digitaal (website). Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De aanvullende module(s) eindigen 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 aanvullende module(s) af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende module(s) op. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat aangeven op het aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

7.2 U kunt uw aanvullende module gedurende het jaar beëindigen wanneer u wordt opgenomen in een Wlz instelling met behandeling

Bent u opgenomen in een Wlz-instelling en wordt u daar ook behandeld? Dan kan het zijn dat de zorg waarvoor u verzekerd bent via uw aanvullende module(s), ook wordt vergoed vanuit de Wlz. Daardoor kan het zijn dat u dubbel verzekerd bent. Als u bent opgenomen in een Wlz-instelling waar u behandeld wordt, kunt u uw aanvullende module(s) opzeggen. Dit kan uitsluitend wanneer u in het lopende jaar nog geen gebruikt hebt gemaakt van een vergoeding uit de aanvullende module(s). Neem hiervoor contact op met onze klantenservice. De beëindiging gaat in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin wij het verzoek tot beëindiging hebben ontvangen.

Meer informatie over welke zorg vergoed wordt vanuit de Wlz als u in een Wlz-instelling woont en van dezelfde instelling behandeling krijgt, vindt u .

C. Algemene voorwaarden aanvullende module(s)

C.8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende module?

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

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

Wij beëindigen de aanvullende module per de ingangsdatum waarop u bent overgestapt naar een andere basisverzekering bij FBTO Zorgverzekeringen N.V., waar desbetreffende aanvullende module niet wordt aangeboden. Dit is zowel de aanvullende module van uzelf als die van de verzekerden die op uw aanvullende module zijn meeverzekerd.

Daarnaast beëindigen wij uw aanvullende module 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 module 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 A.20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

C. Algemene voorwaarden aanvullende module(s)

C.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.

C. Algemene voorwaarden aanvullende module(s)

C.10 Begripsbepalingen

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

Aanvullende module(s)

De aanvullende module(s) die u heeft afgesloten als aanvulling op uw basisverzekering. Dit zijn:

1. Spieren & Gewrichten: 3 of 6;
2. Tand Basis (75 procent 250) of Tand (100 procent 250);
3. Tand ongeval;
4. Zorg in het buitenland: Europa of Wereld;
5. Zorg & Herstel.

GVS

Geneesmiddelenvergoedingssysteem. Het GVS regelt de vergoeding van geneesmiddelen op basis van de Zorgverzekeringswet. Geneesmiddelen die niet in het GVS staan, vergoeden wij niet. Per geneesmiddel en het bereiden ervan geldt ook een maximale vergoeding. Is de prijs van het geneesmiddel hoger dan de maximale vergoeding, dan betaalt u zelf het verschil als eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage noemen we de ‘GVS-bijdrage’.

Medisch noodzakelijk

Verpleging, onderzoek en behandeling is ‘medisch noodzakelijk’ als het in Nederland algemeen geaccepteerd medisch handelen is in een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of revalidatieinrichting. Er is sprake van ‘algemeen geaccepteerd medisch handelen’, als voor de behandeling een tarief is vastgesteld dat is goedgekeurd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In de volgende situaties moet u vooraf toestemming aan FBTO vragen, ook als de behandelend arts meent dat de verpleging, het onderzoek of de behandeling medisch noodzakelijk is:

- als u voor medisch noodzakelijke zorg vanuit Nederland naar het buitenland gaat;
- voor elektrische epilatie van gezichtsbeharing;
- uitgestelde kraamzorg.

In de artikelen over deze zorg leest u wat uw rechten en plichten precies zijn.

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.

Verzekeringsduur

De termijn waarbinnen een verzekeringsovereenkomst tussen ons en verzekerde met betrekking tot één van de aanvullende module(s) van FBTO ononderbroken van kracht is.

Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zorgverzekeraar

Achmea Zorgverzekeringen N.V. is de zorgverzekeraar voor uw aanvullende module(s). Die voert de aanvullende module(s) dus voor u uit. Achmea Zorgverzekeringen N.V. is statutair gevestigd te Leiden, geregistreerd bij de Kamer van Koophandel (KvK) onder nummer 28080300 en bij de AFM onder nummer 12000647.

Vergoedingen aanvullende module(s)

U kunt bij ons verschillende aanvullende modules afsluiten. Op uw polisblad in de FBTO Zorgapp of in fbto.nl/mijnfbto ziet u welke module(s) u heeft afgesloten. Hieronder vindt u de zorg die in de verschillende aanvullende module(s) 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.

Vergoedingen aanvullende module(s)

D. Module Spieren & Gewrichten

D.1 Waar bestaat de module Spieren & Gewrichten uit?

De module Spieren & Gewrichten kent 2 vergoedingen:

Module	Dekking
Spieren & Gewrichten 3	maximaal 3 behandelingen per kalenderjaar, per verzekerde.
Spieren & Gewrichten 6	maximaal 6 behandelingen per kalenderjaar, per verzekerde.

- U kunt de vergoeding gebruiken voor een behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Bij lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem en/of littekentherapie vergoeden wij de kosten ook, als u door een huidtherapeut wordt behandeld.
- Heeft u recht op fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck vanuit de basisverzekering? Dan geldt de vergoeding uit deze aanvullende module als aanvulling op de zorg die niet vanuit uw basisverzekering wordt vergoed.

D.2 Hoe werkt het aan- en uitzetten van de module?

Voor de module Spieren & Gewrichten geldt dat u deze alleen tegelijk met de basisverzekering kunt laten ingaan

Na het aanzetten loopt de door u afgesloten module door tot en met 31 december van het lopende kalenderjaar. Tussentijds uitzetten van de module en/of een andere vergoeding kiezen is niet mogelijk.

Het uitzetten van de modules per 31 december moet u zelf regelen

Aan het eind van het lopende kalenderjaar maakt u weer opnieuw een keuze voor het nieuwe kalenderjaar. Via fbto.nl/mijnfbto kunt u uw modules aan- en uitzetten.

D.3 Welke rechten heeft u bij de module Spieren & Gewrichten?

D.3.1 Paramedische zorg

Voorwaarden voor vergoeding

1. De behandeling is medisch noodzakelijk.
2. Ontvangt u verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg? Dan vergoeden wij de kosten hiervan alleen als de therapeut voor die specifieke zorg ingeschreven staat in het daarvoor bestemde deelregister van het Individueel Register Fysiotherapie (IRF), het Keurmerk Fysiotherapie Individueel Register (KFIR) of in het subspecialisatie register van het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).
   Onder verbijzonderde fysio- en oefentherapeutische zorg wordt verstaan:
   - kinderfysio- en oefentherapie
   - bekkenfysio- en oefentherapie
   - manuele therapie
   - oedeemtherapie
   - geriatrie fysio- en oefentherapie
   - psychosomatische fysio- en oefentherapie

   Wilt u weten bij welke therapeuten u de kosten van verbijzonderde fysio- of oefentherapeutische zorg vergoed krijgt? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

Vergoedingen aanvullende module(s)

3. Heeft u meerdere behandelingen fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck of meerdere behandelaren daarvoor op één dag nodig? Dan moet uit een gerichte verwijzing door de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist) blijken dat daar een medische noodzaak voor is. Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling toestemming hebben gegeven.

Zorgverlener met een contract

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij afspraken hebben gemaakt, dan krijgt u 100% vergoed per behandeling tot het totale maximale aantal van 3 of 6 behandelingen, afhankelijk van de door u gekozen vergoedingshoogte.

Maximale vergoeding bij zorgverlener zonder contract

Laat u zich behandelen door een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of huidtherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 50% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners) tot het totale maximale aantal van 3 of 6 behandelingen, afhankelijk van de door u gekozen vergoedingshoogte. Kijk in de lijst met vergoedingen voor de vergoeding per behandeling. U vindt de lijst met vergoedingen op fbto.nl.

Krijgt u fysiotherapie in het buitenland? Wij hebben geen contracten afgesloten met fysiotherapeuten in het buitenland. Wij vergoeden daarom maximaal het behandeltarief dat wij betalen aan zorgverleners waarmee wij geen contract hebben.

Fysiotherapie in verband met de ziekte van Parkinson

Heeft u de ziekte van Parkinson en heeft u daarvoor fysiotherapie nodig? Wij sluiten voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson alleen contracten met fysiotherapeuten aangesloten bij het netwerk ParkinsonNet. Gaat u naar een fysiotherapeut die niet voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson is gecontracteerd? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een fysiotherapeut die wij wél hiervoor gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?.

Let op!

Een fysiotherapeut kan een contract hebben voor reguliere fysiotherapie maar niet voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben voor de behandeling van verzekerden met de ziekte van Parkinson? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

Fysiotherapie in verband met etalagebenen

Heeft u etalagebenen en heeft u daarvoor fysiotherapie nodig? Wij sluiten voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen alleen contracten met fysiotherapeuten aangesloten bij het netwerk Chronisch ZorgNet. Gaat u naar een fysiotherapeut die niet voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen is gecontracteerd? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een fysiotherapeut die wij wél hiervoor gecontracteerd hebben. Meer hierover leest u in A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?.

Let op!

Een fysiotherapeut kan een contract hebben voor reguliere fysiotherapie maar niet voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen.

Wilt u weten met welke fysiotherapeuten wij een contract hebben voor de behandeling van verzekerden met etalagebenen? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

Vergoedingen aanvullende module(s)

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

1. de volgende aan fysiotherapie gelieerde behandelingen: dry needling, KISS therapie, shock-wave, beweegcursussen, sporttraining, medische en preventieve training en hydrotherapie.
2. manuele therapie vanaf de 10e behandeling per indicatie.
3. een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
4. zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
5. toeslagen voor:
   - afspraken buiten reguliere werktijden;
   - niet-nagekomen afspraken;
   - rapporten.
6. verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt.

Vergoedingen aanvullende module(s)

E. Module Tand

E.1 Waar bestaat de module Tand uit?

De module Tand kent 2 vergoedingen:

Module	Dekking
Tand Basis (75 procent 250)	75% van de kosten tot maximaal € 250,- alleen voor consulten, verdovingen, vullingen en mondhygiëne
Tand (250)	100% van de kosten tot maximaal € 250,-*

* Met uitzondering van mondhygiëne (M-codes en T-codes anders dan T021 en T022). Deze worden in het pakket Tand (250) tot maximaal 75% vergoed. Het pakket Tand Basis (75 procent 250) kent geen vergoeding voor T-codes.

E.2 Hoe werkt het aan- en uitzetten van de module?

Voor de module Tand geldt dat u deze alleen tegelijk met de basisverzekering kunt laten ingaan

Na het aanzetten loopt de door u afgesloten module door tot en met 31 december van het lopende kalenderjaar. Tussentijds uitzetten van de module en/of een andere vergoeding kiezen is niet mogelijk.

Het uitzetten van de modules per 31 december moet u zelf regelen

Aan het eind van het lopende kalenderjaar maakt u weer opnieuw een keuze voor het nieuwe kalenderjaar. Via fbto.nl/mijnfbto kunt u uw modules aan- en uitzetten.

E.2.1

U kunt uw vergoeding van de Tand Basis (75 procent 250) alleen gebruiken voor:

- Consulten (C-codes)
- Verdovingen (A-codes)
- Mondhygiëne (M-codes)
- Vullingen (V-codes)

Alleen wanneer de tandheelkundige behandeling door een tandarts of mondhygiënist is uitgevoerd, komt deze voor vergoeding in aanmerking.

U kunt uw vergoeding van de Tand (250) gebruiken voor:

- Controles
- Verdovingen
- Vullingen
- Mondhygiëne (hiervoor vergoeden wij maximaal 75% van de kosten)
- Trekken van tanden en kiezen
- Tandvleesbehandeling en Second opinion
- Kronen en bruggen
- Implantaten
- Foto's
- Parodontologische behandelingen (tandvlees)
- Eigen bijdrage van kunstgebit of klikgebit

Vergoedingen aanvullende module(s)

Alleen wanneer de tandheelkundige behandeling door een tandarts, kaakchirurg, mondhygiënist of tandprotheticus is uitgevoerd, komt deze voor vergoeding in aanmerking.

E.3 Welke rechten heeft u bij de module Tand?

E.3.1 Tandheelkundige hulp: Welke kosten vergoeden wij?

Wij vergoeden de tandheelkundige behandelingen per verzekerde als deze ouder is dan 18 jaar en als de module Tand is ingegaan. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de door u gekozen vergoedingshoogte.

Wat mag een mondhygiënist declareren?

Afhankelijk van uw pakket heeft u recht op controles, röntgenfoto's, verdovingen, mondhygiëne, behandeling van tandvleesaandoeningen en kleine vullingen voor zover deze behoren tot het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist.

Wat mag een kaakchirurg declareren?

Afhankelijk van uw pakket heeft u recht op parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken) door een kaakchirurg als deze kosten niet worden vergoed vanuit uw basisverzekering (zie artikel B.7 Fronttandvervanging voor verzekerden tot 23 jaar, B.8 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder - kaakchirurgie, B.10 Implantaten ter bevestiging van een uitneembaar volledig klikgebit, B.11 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een handicap en B.12 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen).

Wat mag een tandprotheticus declareren?

U heeft recht op het laten maken, repareren en opvullen van gedeeltelijke kunstgebitten (plaatjes of frames) voor zover deze behoren tot het deskundigheidsgebied van de tandprotheticus.

E.3.2 Wat wij niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

a. Een tandtechnieker. Een tandtechnieker is geen erkende zorgverlener. Nota's van een tandtechnisch laboratorium vergoeden wij daarom niet.
b. keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen;
c. afspraken die u niet nakomt (C90);
d. het uitwendig bleken van tanden en kiezen;
e. orthodontie;
f. de kosten voor een mandibulair repositieapparaat (MRA, een zogenoemde snurkbeugel) en voor de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
g. een niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit (M05);
h. een fluoridebehandeling (M40);
i. volledige narcose en lachgas;
j. gecompliceerde extractie door een kaakchirurg, deze wordt uit de basisverzekering vergoed;
k. gedeeltelijk voltooid werk;
l. diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat (H36, H37, H38 en H39);
m. een therapeutische injectie met botox (G44);
n. niet-medisch noodzakelijke facings (schildjes) die aangebracht worden om het uiterlijk van het gebit te verbeteren in een gezonde mond (prestatiecodes voor cosmetische facings).

E.3.3 Vergoeding van de eigen bijdrage voor een tandheelkundige prothese

De basisverzekering rekent een eigen bijdrage voor het maken, plaatsen, repareren en rebasen van een tandheelkundige prothese. Alleen de Tand (250) vergoedt deze eigen bijdrage. Deze vergoeding telt mee voor het maximale bedrag per kalenderjaar dat u heeft gekozen.

Vergoedingen aanvullende module(s)

F. Module Tand ongeval

F.1 Waar bestaat de module Tand ongeval uit?

Module	Dekking
Tand ongeval	In deze module hebt u een maximale vergoeding van € 10.000,- per kalenderjaar, per verzekerde voor tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval. U krijgt hiervoor een vergoeding tot u het maximum hebt bereikt.

F.2 Hoe werkt het aan- en uitzetten van de module?

De module Tand ongeval kunt u ook later in het jaar aanzetten

De ingangsdatum van de module is de 1e dag van de volgende maand waarop u uw verandering doorgeeft. Na het aanzetten loopt de door u afgesloten module door tot en met 31 december van het lopende kalenderjaar. Tussentijds uitzetten van de module is niet mogelijk.

Het uitzetten van de modules per 31 december moet u zelf regelen

Aan het eind van het lopende kalenderjaar maakt u weer opnieuw een keuze voor het nieuwe kalenderjaar. Via fbto.nl/mijnfbto kunt u uw modules aan- en uitzetten.

F.3 Welke rechten heeft u bij de module Tand ongeval?

F.3.1 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval

Wij vergoeden tandheelkundige zorg door een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het herstellen van de directe schade aan het gebit als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze module. 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. Als er toestemming is om de directe schade aan het gebit als gevolg van het ongeval met een implantaat te herstellen en het gebit is nog niet volgroeid, moet er een tijdelijke behandeling uitgevoerd worden tot er geïmplanteerd kan worden. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of niet sprake is van een tijdelijke (d.w.z. nog niet definitieve) behandeling en of wel of geen sprake is van een volgroeid gebit. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze module dekking zijn.

Zie op fbto.nl voor de Tariefbeschikking Tandheelkundige zorg.

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. Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van het gebit op basis van de goedkoopste en meest eenvoudige oplossing. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was of als er sprake is van reeds aanwezige schade of uitgestelde zorg aan het gebit. De behandeling mag niet tot een betere tandheelkundige situatie leiden dan de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts.
3. Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
4. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.

Vergoedingen aanvullende module(s)

5. Diagnostiek en plaatsen van een autotransplantaat moet, voor verzekerden van 18 jaar en ouder, uitgevoerd worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog of door een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen aan het gebit als sprake is van:

1. grove schuld of opzet van de verzekerde;
2. het gebruik van verdovende middelen en/of overmatig gebruik van alcohol door verzekerde;
3. deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Vergoedingen aanvullende module(s)

G. Module Zorg in het buitenland Europa

G.1 Waar bestaat de module Zorg in het buitenland Europa uit?

Module	Dekking
Zorg in het buitenland (Europa)	In deze module krijgt u vergoeding voor spoedeisende zorg en persoonlijke hulpverlening in Europa.

Hieronder worden behalve Nederland, behoudens voor overige zorg, de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan:

België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Guadeloupe, Frans Guyana, Martinique, Mayotte, St. Martin en La Réunion), Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira en de Azoren), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief Ceuta, Melilla en de Canarische eilanden), Tsjechië 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. En daarnaast 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, Macedonië, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije.

Voor Marokko en Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) geldt dat er vanuit deze module in deze landen recht op vergoeding bestaat voor spoedeisende zorg en persoonlijke hulpverlening, ondanks dat deze landen niet onder de Europese Unie vallen.

G.2 Hoe werkt het aan- en uitzetten van de module?

De module Zorg in het buitenland Europa, kunt u ook later in het jaar aanzetten

De ingangsdatum van de module is de 1e dag van de volgende maand waarop u uw verandering doorgeeft. Na het aanzetten loopt de door u afgesloten module door tot en met 31 december van het lopende kalenderjaar. Tussentijds uitzetten van de module is niet mogelijk.

Het uitzetten van de modules per 31 december moet u zelf regelen

Aan het eind van het lopende kalenderjaar maakt u weer opnieuw een keuze voor het nieuwe kalenderjaar. Via fbto.nl/mijnfbto kunt u uw modules aan- en uitzetten.

G.3 Welke rechten heeft u bij spoedeisende zorg?

G.3.1 Spoedeisende medische zorg

Verblijft u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland? Dan heeft u of het verzekerde gezinslid recht op spoedeisende medische zorg. Maar alleen als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten. ‘Spoedeisend’ betekent dat niet bekend was dat medische hulp tijdens het verblijf in het buitenland nodig was. Wij kunnen u vragen om te bewijzen aan onze medisch adviseur dat de medische hulp spoedeisend was.

G.3.2 Vergoeding kosten spoedeisende medische zorg in het buitenland

Bij spoedeisende medische zorg in het buitenland heeft u of het verzekerd gezinslid recht op vergoeding van:

- kosten van behandeling door een arts;

Vergoedingen aanvullende module(s)

- kosten van geneesmiddelen tot maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit de basisverzekering maar wel zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts. De geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek;
- verpleegkosten bij opname in een plaatselijk ziekenhuis. Dit ziekenhuis moet door de overheid zijn erkend. U of een verzekerde overlegt vooraf met de FBTO Alarmcentrale over de opname. Is dit overleg vooraf niet mogelijk? Informeer de FBTO Alarmcentrale dan zo snel mogelijk over de opname. Informeert u de FBTO Alarmcentrale te laat en zijn onze belangen hierdoor geschaad? Dan kunnen wij een deel van de verpleegkosten bij u in rekening brengen;
- kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer.

De beoordeling of er sprake is van zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en dat het gaat om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is, wordt gemaakt door de medisch adviseurs van FBTO of van de FBTO Alarmcentrale. Deze beoordeling is bepalend voor de vraag of de zorg voor vergoeding op grond van dit artikel in aanmerking komt.

Wat wij niet vergoeden

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

G.3.3 Opname in een ziekenhuis in het buitenland

Bij opname in een ziekenhuis in het buitenland onderneemt de FBTO Alarmcentrale actie om de directe betaling van kosten te garanderen. Na de melding kan de FBTO Alarmcentrale onderzoek doen naar de medische kosten en de noodzaak daarvan. U en eventuele verzekerden moeten meewerken aan dit onderzoek.

G.3.4 Vergoeding vervolgkosten

U en de verzekerde leden van het gezin hebben recht op:

- medisch noodzakelijke repatriëring naar een beter of gespecialiseerd ziekenhuis in het buitenland, als de behandelende artsen dit voorstellen. In elk geval is voorafgaand toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk;
- medisch noodzakelijke repatriëring naar een ziekenhuis of de woonplaats in Nederland. Uitsluitend medische redenen bepalen de keuze van het vervoermiddel voor repatriëring. In elk geval is voorafgaand toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk;
- vergoeding van kosten van de voorgeschreven medische begeleiding tijdens de repatriëring. In artikel G.4.2 leest u wat de voorwaarde hiervoor is.

G.3.5 Hulpmiddelen in het buitenland

Krijgt u of een verzekerd gezinslid in het buitenland hulpmiddelen aangemeten als onderdeel van spoedeisende zorg? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.

G.3.6 Vergoeding tandheelkundige hulp

U bent verzekerd als u of een verzekerd gezinslid tijdens de verzekerde periode in het buitenland tandheelkundige hulp nodig heeft die niet kan wachten tot na terugkeer in Nederland. Uw recht op vergoeding is beperkt tot de kosten van pijnbestrijding en het treffen van noodvoorzieningen.

Heeft u of een verzekerd gezinslid door een ongeval in het buitenland tandheelkundige hulp nodig? Ook dan heeft u recht op vergoeding. Maar alleen als het ongeval tijdens de verzekerde periode plaatsvond. Zie artikel

Vergoedingen aanvullende module(s)

C.6.1 Uw aanvullende module gaat in op 1 januari. Binnen 3 dagen na het ongeval geeft u door aan de FBTO Alarmcentrale dat u tandheelkundige hulp moest inroepen.

Wij vergoeden tandheelkundige hulp niet als vóór de reis te voorzien was dat de hulp nodig zou zijn. U of de verzekerde moet bewijzen dat niet redelijkerwijs te voorzien was dat de hulp nodig zou zijn.

Wij vergoeden tandheelkundige hulp ook niet, als het ongeval het gevolg is van de omstandigheden die genoemd zijn in Clausuleblad Ongevallen. U vindt dit clausuleblad als bijlage bij deze voorwaarden.

Wij vergoeden de in dit artikel bedoelde tandheelkundige behandelingen tot een maximumbedrag van € 500,- per kalenderjaar, per verzekerde. Wij betalen het bedrag uit na ontvangst van de originele nota('s) van de tandarts.

G.4 Welke rechten heeft u bij persoonlijke hulpverlening in Europa?

G.4.1 Persoonlijke hulpverlening

Verblijft u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland? Dan heeft u of het verzekerde gezinslid recht op persoonlijke hulpverlening. Maar alleen als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten.

G.4.2 Toestemming

U of een verzekerde heeft alleen recht op persoonlijke hulpverlening, als u zo snel mogelijk contact opneemt met de FBTO Alarmcentrale. Wij vergoeden alleen de kosten die u maakt met voorafgaande instemming van de FBTO Alarmcentrale.

G.4.3 Vergoeding kosten persoonlijke hulpverlening in het buitenland

Wordt u of een verzekerde opgenomen in een buitenlands ziekenhuis? Dan vergoeden wij:

- de reiskosten (heen- en terugreis) van maximaal 2 personen die overkomen uit Nederland. Maar alleen als de opname ten minste 5 dagen duurt en er geen familieleden ter plaatse zijn;
- de reiskosten (heen- en terugreis) voor 1 persoon die overkomt om verzekerde kinderen (tot 16 jaar) terug te begeleiden naar Nederland. Maar alleen als de oorspronkelijke begeleider hiertoe niet in staat is door omstandigheden die zich tijdens de reis hebben voorgedaan;
- de reiskosten (heen- en terugreis) voor 1 persoon die overkomt om lichamelijk of geestelijk gehandicapte verzekerde leden van het gezin terug te begeleiden naar Nederland. Maar alleen als de oorspronkelijke begeleider hiertoe niet in staat is door omstandigheden die zich tijdens de reis hebben voorgedaan;
- de verblijfkosten van degenen die uit Nederland zijn overgekomen voor persoonlijke hulpverlening. Wij vergoeden maximaal € 75,- per dag voor maximaal 10 dagen. Deze maximumvergoeding is niet per persoon, maar voor alle overgekomen personen samen.

G.4.4 Overlijden in het buitenland

Overlijdt tijdens de reis in het buitenland u of een verzekerd lid van het gezin?

Dan verzorgt de FBTO Alarmcentrale:

- alle formaliteiten ter plaatse (in overleg met de direct betrokkenen);
- de organisatie en de kosten van het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland.

Is transport van het stoffelijk overschot naar Nederland niet mogelijk of wenselijk?

Dan vergoeden wij in overleg met de direct betrokkenen de volgende kosten:

- de kosten van begrafenis of crematie ter plaatse;
- de reiskosten voor overkomst en terugkeer naar Nederland in verband met de begrafenis of crematie van familieleden van de overledene in de eerste en tweede graad;
- de verblijfkosten van deze personen gedurende maximaal 3 dagen.

Vergoedingen aanvullende module(s)

Let op!
Wij vergoeden dan maximaal het bedrag dat het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland zou hebben gekost.

G.4.5 Ziekenhuisopname in het buitenland

Is er sprake van ziekenhuisopname van u of een verzekerde? Dan vergoeden wij in verband met bezoek de gemaakte reiskosten tot maximaal € 250,- per ziekenhuisopname.

G.4.6 Opsporing, redding en vervoer

Als u of de verzekerden in een situatie terecht komen waardoor u of de verzekerden in het buitenland opgespoord, gered en vervoerd moeten worden naar de bewoonde wereld? Dan vergoeden wij de kosten die de officiële hulpverlenende instanties van dat land in rekening brengen.

G.4.7 Bestuurder voor het motorrijtuig

Kunt u door ziekte of ongeval van u of een verzekerde aan het einde van de vakantie niet terugreizen met een motorrijtuig? Dan laat u dit zien aan de adviseur van de FBTO Alarmcentrale. Zo nodig organiseert de FBTO Alarmcentrale op kosten van FBTO een bestuurder voor het motorrijtuig.

G.4.8 U bent niet verzekerd als u reist naar een gebied met kleurcode ‘rood’

Was voordat u op reis ging bekend dat het Ministerie van Buitenlandse Zaken een kleurcode ‘rood’ gaf voor het land of gebied waar u heen gaat? Of hoorde dit bekend te zijn bij u? En gaat u toch? Dan heeft u er geen recht op dat wij de medische kosten betalen. U bent wel verzekerd als u al in een gebied bent op het moment dat dit gebied kleurcode 'rood' krijgt. U moet dan wel zo snel mogelijk uit het gebied vertrekken. De kosten om het gebied te verlaten zijn niet verzekerd. Kijk voor meer informatie op nederlandwereldwijd.nl/reizen/reisadviezen.

Vergoedingen aanvullende module(s)

H. Module Zorg in het buitenland Wereld

H.1 Waar bestaat de module Zorg in het buitenland Wereld uit?

Module	Dekking
Zorg in het buitenland (Wereld)	In deze module krijgt u vergoeding voor spoedeisende zorg en persoonlijke hulpverlening.

H.2 Hoe werkt het aan- en uitzetten van de module?

De module Zorg in het buitenland Wereld, kunt u ook later in het jaar aanzetten

De ingangsdatum van de module is de 1e dag van de volgende maand waarop u uw verandering doorgeeft. Na het aanzetten loopt de door u afgesloten module door tot en met 31 december van het lopende kalenderjaar. Tussentijds uitzetten van de module is niet mogelijk.

Het uitzetten van de modules per 31 december moet u zelf regelen

Aan het eind van het lopende kalenderjaar maakt u weer opnieuw een keuze voor het nieuwe kalenderjaar. Via fbto.nl/mijnfbto kunt u uw modules aan- en uitzetten.

H.3 Welke rechten heeft u bij spoedeisende zorg?

H.3.1 Spoedeisende medische zorg

Verblijft u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland? Dan heeft u of het verzekerde gezinslid recht op spoedeisende medische zorg. Maar alleen als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten. ‘Spoedeisend’ betekent dat niet bekend was dat medische hulp tijdens het verblijf in het buitenland nodig was. Wij kunnen u vragen om te bewijzen aan onze medisch adviseur dat de medische hulp spoedeisend was.

H.3.2 Vergoeding kosten spoedeisende medische zorg in het buitenland

Bij spoedeisende medische zorg in het buitenland heeft u of het verzekerd gezinslid recht op vergoeding van:

- kosten van behandeling door een arts;
- kosten van geneesmiddelen tot maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit de basisverzekering maar wel zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts. De geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek;
- verpleegkosten bij opname in een plaatselijk ziekenhuis. Dit ziekenhuis moet door de overheid zijn erkend. U of een verzekerde overlegt vooraf met de FBTO Alarmcentrale over de opname. Is dit overleg vooraf niet mogelijk? Informeer de FBTO Alarmcentrale dan zo snel mogelijk over de opname. Informeert u de FBTO Alarmcentrale te laat en zijn onze belangen hierdoor geschaad? Dan kunnen wij een deel van de verpleegkosten bij u in rekening brengen;
- kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer.

De beoordeling of er sprake is van zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en dat het gaat om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is, wordt gemaakt door de medisch adviseurs van FBTO of van de FBTO Alarmcentrale. Deze beoordeling is bepalend voor de vraag of de zorg voor vergoeding op grond van dit artikel in aanmerking komt.

Vergoedingen aanvullende module(s)

Wat wij niet vergoeden

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

H.3.3 Opname in een ziekenhuis in het buitenland

Bij opname in een ziekenhuis in het buitenland onderneemt de FBTO Alarmcentrale actie om de directe betaling van kosten te garanderen. Na de melding kan de FBTO Alarmcentrale onderzoek doen naar de medische kosten en de noodzaak daarvan. U en eventuele verzekerden moeten meewerken aan dit onderzoek.

H.3.4 Vergoeding vervolgkosten

U en de verzekerde leden van het gezin hebben recht op:

- medisch noodzakelijke repatriëring naar een beter of gespecialiseerd ziekenhuis in het buitenland, als de behandelende artsen dit voorstellen. In elk geval is voorafgaand toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk;
- medisch noodzakelijke repatriëring naar een ziekenhuis of de woonplaats in Nederland. Uitsluitend medische redenen bepalen de keuze van het vervoermiddel voor repatriëring. In elk geval is voorafgaand toestemming van het medisch team van de FBTO Alarmcentrale noodzakelijk;
- vergoeding van kosten van de voorgeschreven medische begeleiding tijdens de repatriëring. In artikel G.4.2 leest u wat de voorwaarde hiervoor is.

H.3.5 Hulpmiddelen in het buitenland

Krijgt u of een verzekerd gezinslid in het buitenland hulpmiddelen aangemeten als onderdeel van spoedeisende zorg? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal € 150,- per kalenderjaar.

H.3.6 Vergoeding tandheelkundige hulp in het buitenland

U bent verzekerd als u of een verzekerd gezinslid tijdens de verzekerde periode in het buitenland tandheelkundige hulp nodig heeft die niet kan wachten tot na terugkeer in Nederland. Uw recht op vergoeding is beperkt tot de kosten van pijnbestrijding en het treffen van noodvoorzieningen.

Heeft u of een verzekerd gezinslid door een ongeval in het buitenland tandheelkundige hulp nodig? Ook dan heeft u recht op vergoeding. Maar alleen als het ongeval tijdens de verzekerde periode plaatsvond. Zie artikel C.6.1 Uw aanvullende module gaat in op 1 januari. Binnen 3 dagen na het ongeval geeft u door aan de FBTO Alarmcentrale dat u tandheelkundige hulp moest inroepen.

Wij vergoeden tandheelkundige hulp niet als vóór de reis te voorzien was dat de hulp nodig zou zijn. U of de verzekerde moet bewijzen dat niet redelijkerwijs te voorzien was dat de hulp nodig zou zijn.

Wij vergoeden tandheelkundige hulp ook niet, als het ongeval het gevolg is van de omstandigheden die genoemd zijn in Clausuleblad Ongevallen. U vindt dit clausuleblad als bijlage bij deze voorwaarden.

Wij vergoeden de in dit artikel bedoelde tandheelkundige behandelingen tot een maximumbedrag van € 500,- per kalenderjaar, per verzekerde. Wij betalen het bedrag uit na ontvangst van de originele nota('s) van de tandarts.

Vergoedingen aanvullende module(s)

H.4 Welke rechten heeft u bij persoonlijke hulpverlening?

H.4.1 Persoonlijke hulpverlening

Verblijft u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland? Dan heeft u of het verzekerde gezinslid recht op persoonlijke hulpverlening. Maar alleen als het verblijf in het buitenland niet langer duurt dan 365 dagen aaneengesloten.

H.4.2 Toestemming

U of een verzekerde heeft alleen recht op persoonlijke hulpverlening, als u zo snel mogelijk contact opneemt met de FBTO Alarmcentrale. Wij vergoeden alleen de kosten die u maakt met voorafgaande instemming van de FBTO Alarmcentrale.

H.4.3 Vergoeding kosten persoonlijke hulpverlening in het buitenland

Wordt u of een verzekerde opgenomen in een buitenlands ziekenhuis? Dan vergoeden wij:

- de reiskosten (heen- en terugreis) van maximaal 2 personen die overkomen uit Nederland. Maar alleen als de opname ten minste 5 dagen duurt en er geen familieleden ter plaatse zijn;
- de reiskosten (heen- en terugreis) voor 1 persoon die overkomt om verzekerde kinderen (tot 16 jaar) terug te begeleiden naar Nederland. Maar alleen als de oorspronkelijke begeleider hiertoe niet in staat is door omstandigheden die zich tijdens de reis hebben voorgedaan;
- de reiskosten (heen- en terugreis) voor 1 persoon die overkomt om lichamelijk of geestelijk gehandicapte verzekerde leden van het gezin terug te begeleiden naar Nederland. Maar alleen als de oorspronkelijke begeleider hiertoe niet in staat is door omstandigheden die zich tijdens de reis hebben voorgedaan;
- de verblijfkosten van degenen die uit Nederland zijn overgekomen voor persoonlijke hulpverlening. Wij vergoeden maximaal € 75,- per dag voor maximaal 10 dagen. Deze maximumvergoeding is niet per persoon, maar voor alle overgekomen personen samen.

H.4.4 Overlijden in het buitenland

Overlijdt tijdens de reis in het buitenland u of een verzekerd lid van het gezin?

Dan verzorgt de FBTO Alarmcentrale:

- alle formaliteiten ter plaatse (in overleg met de direct betrokkenen);
- de organisatie en de kosten van het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland.

Is transport van het stoffelijk overschot naar Nederland niet mogelijk of wenselijk?

Dan vergoeden wij in overleg met de direct betrokkenen de volgende kosten:

- de kosten van begrafenis of crematie ter plaatse;
- de reiskosten voor overkomst en terugkeer naar Nederland in verband met de begrafenis of crematie van familieleden van de overledene in de eerste en tweede graad;
- de verblijfkosten van deze personen gedurende maximaal 3 dagen.

Let op!
Wij vergoeden dan maximaal het bedrag dat het transport van het stoffelijk overschot naar Nederland zou hebben gekost.

H.4.5 Ziekenhuisopname in het buitenland

Is er sprake van ziekenhuisopname van u of een verzekerde? Dan vergoeden wij in verband met bezoek de gemaakte reiskosten tot maximaal € 250,- per ziekenhuisopname.

H.4.6 Opsporing, redding en vervoer

Als u of de verzekerden in een situatie terecht komen waardoor u of de verzekerden in het buitenland opgespoord, gered en vervoerd moeten worden naar de bewoonde wereld? Dan vergoeden wij de kosten die de officiële hulpverlenende instanties van dat land in rekening brengen.

Vergoedingen aanvullende module(s)

H.4.7 Bestuurder voor het motorrijtuig

Kunt u door ziekte of ongeval van u of een verzekerde aan het einde van de vakantie niet terugreizen met een motorrijtuig? Dan laat u dit zien aan de adviseur van de FBTO Alarmcentrale. Zo nodig organiseert de FBTO Alarmcentrale op kosten van FBTO een bestuurder voor het motorrijtuig.

H.4.8 U bent niet verzekerd als u reist naar een gebied met kleurcode ‘rood’

Was voordat u op reis ging bekend dat het Ministerie van Buitenlandse Zaken een kleurcode ‘rood’ gaf voor het land of gebied waar u heen gaat? Of hoorde dit bekend te zijn bij u? En gaat u toch? Dan heeft u er geen recht op dat wij de medische kosten betalen. U bent wel verzekerd als u al in een gebied bent op het moment dat dit gebied kleurcode 'rood' krijgt. U moet dan wel zo snel mogelijk uit het gebied vertrekken. De kosten om het gebied te verlaten zijn niet verzekerd. Kijk voor meer informatie op nederlandwereldwijd.nl/reizen/reisadviezen.

Vergoedingen aanvullende module(s)

I. Module Zorg & Herstel

I.1 Waar bestaat de module Zorg & Herstel uit?

Module	Dekking
Zorg & Herstel	In deze module vergoeden wij de kosten voor de second opinion door Royal Doctors volledig. Voor de overnachtings- en vervoerskosten bij een expertisebehandeling in het buitenland vergoeden wij maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen. Voor de overige zorg in deze module vergoeden wij in totaal maximaal € 1.500,- per kalenderjaar, per verzekerde voor: • een vergoeding voor reiskosten bij bezoek aan een opgenomen kind en/ of partner; • een gasthuis; • vergoeding van de kosten van gezinszorg; • palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis; • abonnementskosten bij personenalarmering; • Tweede Arts Online; • online EHBO cursus van het Rode Kruis; • een basis reanimatiecursus via een opleidingsinstituut welke geregistreerd is bij de Nederlandse Reanimatieraad (NRR) of conform de Nederlandse EHBO Richtlijnen; • overgangsconsulent; • mindfulness: een 8 of 9-weekse groepstraining tot maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar; • 1 sport- of koelbrace per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 50,-; • 1 online hardloopcoachingstraject van FysioRunning per persoon per kalenderjaar; • slaapcursus tot maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar; • counselling tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar; • fysiotherapeutische nazorg met een maximale duur van 2 jaar per indicatie voor de gehele duur van deze module; • anticonceptiva 100%.

I.2 Hoe werkt het aan- en uitzetten van de module?

Voor de module Zorg & Herstel geldt dat u deze alleen tegelijk met de basisverzekering kunt laten ingaan

Na het aanzetten loopt de door u afgesloten module door tot en met 31 december van het lopende kalenderjaar. Tussentijds uitzetten van de module is niet mogelijk.

Het uitzetten van de modules per 31 december moet u zelf regelen

Aan het eind van het lopende kalenderjaar maakt u weer opnieuw een keuze voor het nieuwe kalenderjaar. Via fbto.nl/mijnfbto kunt u uw modules aan- en uitzetten.

Vergoedingen aanvullende module(s)

I.3 Welke rechten heeft u bij de module Zorg & Herstel?

I.3.1 Op welke vergoedingen heeft u recht bij bezoek aan een opgenomen gezinslid?

Is een gezinslid (echtgenoot, echtgenote of partner, (eigen) in- of uitwonend kind) opgenomen in een ziekenhuis, revalidatiecentrum, GGZ-instelling of hospice in Nederland, Duitsland of België? Dan vergoeden wij uw reiskosten voor ziekenbezoek. Er geldt een eigen betaling van € 100,- per kalenderjaar. Wij vergoeden vervolgens € 0,40 per kilometer.

I.3.2 Gasthuis

Is een gezinslid (echtgenoot, echtgenote of partner, (eigen) in- of uitwonend kind) in een ziekenhuis opgenomen? En overnacht u in een gasthuis, zoals een Ronald McDonald Huis of een ander gasthuis? Dan vergoeden wij de eigen bijdrage die het gasthuis daarvoor in rekening brengt. Een gasthuis is een niet-commerciële instelling en heeft een verbinding met:

- een ziekenhuis in Nederland; of
- een ziekenhuis buiten Nederland waarmee wij een contract hebben gesloten.

Als er geen plaats meer is in het gasthuis dan mag u in plaats daarvan in een commerciële instelling (bijv. hotel, pension, B&B, Airbnb) in de omgeving overnachten. De vergoeding is dan gelijk aan wat wij hadden vergoed voor een overnachting in het gasthuis. Wij vragen u dan wel om een verklaring (van het gasthuis) van het ziekenhuis mee te sturen met uw declaratieformulier, waarin staat dat het gasthuis vol was in de periode waarover u een vergoeding voor het verblijf vraagt.

I.3.3 Vergoeding van de kosten van gezinszorg

Krijgt een van de volwassenen in het gezin te maken met een ziekenhuisopname of een tijdelijke ernstige bewegingsbeperking? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal € 75,- per dag voor de kosten van gezinszorg. Wij vergoeden per volwassen verzekerde. Deze vergoeding krijgt u ook, als u alleen op de polis verzekerd bent. Dan gelden dezelfde voorwaarden.

Bij een tijdelijke ernstige bewegingsbeperking is de periode waarin u gebruikt kunt maken van de gezinszorg maximaal 4 maanden.

Let op!
Wij moeten vooraf toestemming geven. Daarvoor hebben wij een medische verklaring nodig van de behandelend (para)medicus.

Voorwaarden voor vergoeding

Voor vergoeding stellen wij de volgende voorwaarden:

1. de verzekerde moet behandeld worden door een (para)medicus;
2. u moet de vergoeding uitsluitend gebruiken om tijdelijk professionele hulp in de huishouding in te huren;
3. de zorgverlener of gezinshulp moet als zodanig zijn ingeschreven bij de Kamer van Koophandel;
4. wij vergoeden alleen de volgende diensten:
   - oppascentrale;
   - hondenuitlaatservice;
   - thuiszorg;
   - witte werkster;
   - bezorgkosten van de boodschappenservice, bijvoorbeeld voor boodschappen die u via internet bestelt;
   - tussenschoolse opvang van de kinderen.

I.3.4 Palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor palliatieve zorg in een hospice of een bijna-thuis-huis. Een hospice of een bijna-thuis-huis brengt een eigen bijdrage in rekening. Deze is voor de dagelijkse kosten zoals eten, drinken en de wasserette.

Vergoedingen aanvullende module(s)

Wat wij niet vergoeden

De eigen bijdrage voor een hospice of een bijna-thuis-huis dat deel uitmaakt van een gezondheidsinstelling zoals een verpleeghuis, bejaardenhuis of verzorgingshuis vergoeden wij niet.

I.3.5 Abonnementskosten bij personenalarmering

Personenalarmering aanvragen? De FBTO Basisverzekering vergoedt bij personenalarmering alleen de apparatuur. Deze apparatuur krijgt u in bruikleen. U kunt voor deze apparatuur direct contact opnemen met een gecontracteerde leverancier. Raadpleeg dan onze Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl. Wij verwijzen u vervolgens naar een leverancier waarmee wij een contract hebben. De gecontracteerde leverancier beoordeelt of u hiervoor in aanmerking komt.

Wij vergoeden, als u de module Zorg & Herstel heeft afgesloten, de abonnementskosten voor deze personenalarmering als u hiervoor in aanmerking komt.

Wat wij niet vergoeden

Abonnementskosten bij een niet-gecontracteerde leverancier.

I.3.6 Tweede Arts Online

Vergoeding van een consult van Tweede Arts Online. Wij vergoeden de kosten van Tweede Arts Online wanneer u de module Zorg & Herstel heeft meeverzekerd. Tweede Arts Online 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. Wilt u gebruik maken van Tweede Arts Online? Neemt u dan contact op met FBTO Zorgbemiddeling op telefoonnummer (058) 234 51 30. FBTO Zorgbemiddeling stuurt de aanvraag naar Tweede Arts Online.

I.3.7 Een EHBO cursus

Wij vergoeden de kosten van de volgende cursussen:

a. Een **basis reanimatiecursus** via een opleidingsinstituut welke geregistreerd is bij de Nederlandse Reanimatieraad (NRR) of conform de Nederlandse EHBO Richtlijnen.
b. Een **EHBO-cursus** die opleidt tot het diploma Eerste Hulp van het Oranje Kruis of het certificaat Eerste Hulp van het Rode Kruis. Wij vergoeden niet de kosten van bedrijfshulpverleningscursussen (waaronder EHBO cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie in de zin van de Wet kinderopvang).
c. Een **cursus eerste hulp bij kinderongevallen** die opleidt tot het certificaat van het Oranje Kruis of het certificaat van het Rode Kruis. Wij vergoeden niet de kosten van bedrijfshulpverleningscursussen (waaronder EHBO cursussen voor kinderen ten behoeve van de registratie in de zin van de Wet kinderopvang).

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

I.3.8 Second opinion Royal Doctors

Wij vergoeden de kosten van een second opinion door Royal Doctors. De second opinion wordt uitgevoerd door een (internationale) specialist uit het netwerk van Royal Doctors. De beoordeling vindt plaats op basis van uw bestaande medisch dossier. U wordt niet fysiek door een specialist van Royal Doctors onderzocht.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet deze second opinion vooraf aanvragen door te bellen met FBTO Zorgbemiddeling: (058) 234 51 30.

I.3.9 Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandeling in het buitenland

Heeft u toestemming voor een niet-spoedeisende expertisebehandeling in het buitenland? Dan vergoeden wij de kosten van:

a. de overnachting(en) in de nabijheid van het ziekenhuis tot maximaal € 75,- per persoon per nacht;

Vergoedingen aanvullende module(s)

b. het vervoer vanuit Nederland naar het ziekenhuis en terug: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,40 per kilometer;
c. overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gespecialiseerde begeleider als begeleiding medisch noodzakelijk is;
d. overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gezinslid of bij verzekerden tot 16 jaar 2 gezinsleden.

Een expertisebehandeling is een medische behandeling in het buitenland die voldoet aan de voorwaarden genoemd in de artikelen A.1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk, A.2.1 Recht op zorg en A.2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel en in Nederland niet geleverd wordt. Onze medisch adviseur bepaalt of er sprake is van een expertisebehandeling.

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 én het type begeleider (bijvoorbeeld een verpleegkundige) wordt door ons vastgesteld.

Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.

I.3.10 Overgangsconsulent

Wij vergoeden de kosten van gezondheidsadviezen door een overgangsconsulent.

Voorwaarden voor vergoeding

1. 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 (VVOC). Of een zorgverlener die voldoet aan de kwaliteitseisen van 1 van deze organisaties.
2. Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de zorgverlener staan die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt én de beroepsvereniging waarbij deze zorgverlener staat ingeschreven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van voedingssupplementen of geneesmiddelen.

I.3.11 Training Mindfulness

Wij vergoeden de kosten van een 8 of 9-weekse groepstraining tot maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar.

- Mindfulness Based Cognitive Therapy (S-MBCT),
- Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR),
- Mindfulness Based Childbirth & Parenting-Fear (MBCP-fear),
- Mindfulness Based Compassionate Living (MBCL).

Dit is zijn trainingen om vaardigheden te ontwikkelen om beter om te gaan met stressvolle situaties.

Voorwaarden voor vergoeding

1. De Mindfulness training moet gegeven worden door een trainer die is aangesloten bij de Stichting Mindfulness Register/VMBN of de VVM. Deze kunt u vinden op de website mindfulnessregister.nl of verenigingvoormindfulness.nl
2. Op de nota moet staan: De persoonlijke AGB-code van de Mindfulness trainer en lid Mindfulness Register of VVM.

Vergoedingen aanvullende module(s)

I.3.12 Sport- of koelbrace

Wij vergoeden de kosten van 1 sport- of koelbrace per persoon per kalenderjaar tot maximaal € 50,-.

I.3.13 Hardloopcoaching bij blessures

Wij vergoeden de kosten van het online coachingstraject van FysioRunning. Dit traject bestaat uit een screening en begeleiding van maximaal 13 weken. Voor registratie/screening kunt u rechtstreeks naar de website fysiorunning.nl.

Wij vergoeden 1 online coachingstraject van FysioRunning per persoon per kalenderjaar.

I.3.14 Slaapcursus

Wij vergoeden de kosten van:

a. een online cursus slaaptherapie, waarbij u online professioneel advies en praktische oplossingen krijgt om beter te slapen. De cursus moet worden georganiseerd door Somnio.
b. een cursus slapen kun je leren. De cursus moet worden georganiseerd door een thuiszorginstelling.

Wij vergoeden maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding aan ons geven.

I.3.15 Counselling

Wij vergoeden de kosten van counselling. Counselling is een kortdurende vorm van individuele psychosociale begeleiding.

Wij vergoeden maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

1. De behandelend counsellor moet zijn aangesloten bij de Algemene Beroepsvereniging voor Counselling (ABvC).
2. Op de nota moet de geldige persoonlijke AGB-code van de counsellor staan die is afgegeven voor de zorg die geleverd wordt én duidelijk omschreven zijn dat het om counselling gaat.

I.3.16 Fysiotherapeutische nazorg

Wij vergoeden de kosten van fysiotherapeutische nazorg in verband met:

1. oncologische nazorg: behandeling voor behoud of verbetering van fitheid rondom de medische behandeling van kanker én op herstel gerichte behandeling van klachten van (dreigend) lymfoedeem, littekenweefsel of andere problemen als gevolg van de medische behandeling van kanker. Is lymfedrainage noodzakelijk, omdat u last heeft van ernstig lymfoedeem en/of is er littekentherapie noodzakelijk? Dan mag u zich ook laten behandelen door een huidtherapeut;
2. CVA nazorg: fysiotherapeutische zorg na een beroerte (CVA, cerebro vasculair accident) door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie;
3. hart- en vaatziekten door een fysiotherapeut die zich gespecialiseerd heeft in herstel gerichte therapie.

Heeft u vanuit de basisverzekering recht op fysiotherapie? Dan geldt de vergoeding als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering (zie artikel B.1 Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck).

Voorwaarde voor vergoeding

Voor u start met fysiotherapeutische nazorg heeft u een bewijs van diagnose nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, regiebehandelaar geneeskundige zorg specifieke patiëntengroepen (GZSP), jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist).

Vergoedingen aanvullende module(s)

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van fysiotherapeutische nazorg wanneer behandeling plaatsvindt in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Wij vergoeden alleen gecontracteerde zorg

Let op!

Wilt u alle behandelingen vergoed krijgen? Dan moet u de fysiotherapeutische nazorg volgen bij een fysiotherapeut of, als het gaat om de behandeling van ernstig lymfoedeem en/of littekentherapie, een huidtherapeut die wij hebben gecontracteerd. Kiest u voor een zorgverlener die wij niet gecontracteerd hebben? Dan heeft u recht op een lagere vergoeding bij een niet-gecontracteerde therapeut op basis van de module D.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl of neem contact met ons op.

I.3.17 Anticonceptiva

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor deze geneesmiddelen gelden de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld.

Voorwaarden voor vergoeding

1. Voor de anticonceptiepil is alleen bij de eerste aflevering een recept van een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist noodzakelijk.
2. Het anticonceptiemiddel moet voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor Geneesmiddelenvergoedingssysteem.
3. Het anticonceptiemiddel moet worden geleverd door een gecontracteerde apotheek. Wij vergoeden alleen gecontracteerde zorg.

Let op!

Het anticonceptiemiddel moet geleverd worden door een apotheek die wij gecontracteerd hebben. Kiest u voor een apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding. Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zorgzoeker.fbto.nl.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:
a. 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 menorragie (hevig bloedverlies);
b. de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), wanneer u de anticonceptiva vergoed krijgt vanuit de basisverzekering. Als u recht heeft op vergoeding vanuit de aanvullende verzekering geldt er geen wettelijke eigen bijdrage.

Vragen?
Bekijk de contactmogelijkheden op fbto.nl.

FBTO is een handelsnaam van Achmea Schadeverzekeringen N.V., KvK nr. 08053410 en Achmea Pensioen- en Levensverzekeringen N.V., KvK nr. 08077009, beide statutair gevestigd in Apeldoorn en FBTO Zorgverzekeringen N.V., KvK nr. 30208631, statutair gevestigd in Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V., KvK nr. 28080300, statutair gevestigd in Leiden.

FBTO is onderdeel van achmea