VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2012

Toelichting Vergoedingen Overzicht (modelnummer: 005) versie 1

1. Inleiding

In dit overzicht staat welke behandelingen en diensten u vergoed krijgt volgens uw verzekering(en). Op uw polis staat welke verzekering(en) u hebt afgesloten.

Uw rechten en plichten en onze rechten en plichten staan:
- op uw polis én
- in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen én
- op het Vergoedingen Overzicht.

In deze Toelichting Vergoeding Overzicht geven wij in het kort algemene informatie over wat u moet doen om uw behandelingen of andere zorg daadwerkelijk vergoed te krijgen. Hoe zit het met uw vergoeding als u een eigen risico hebt? Hoe staat het met de eigen bijdrage? Hoe en volgens welk tarief vergoeden wij uw rekening? Aan welke voorwaarden moet u verder voldoen om zorg vergoed te krijgen? Hebt u na het lezen van deze algemene informatie nog vragen, dan kunt u contact met ons opnemen. Ook op onze website vindt u informatie over allerlei onderwerpen. Via deze site kunt u ook een e-mail sturen. Deze Toelichting Vergoedingen Overzicht bevat geen rechten of plichten.

2. Hoe gebruikt u dit Vergoedingen Overzicht?

Dit Vergoedingen Overzicht bestaat uit drie kolommen:

Wat krijgt u vergoed:
In deze kolom staan de behandelingen en diensten die wij vergoeden.
Hoeveel krijgt u vergoed:
In deze kolom staat hoeveel wij maximaal per verzekerde vergoeden, tenzij anders is vermeld.
Voorwaarden:
In deze kolom staat een nummer. Dit nummer verwijst naar een artikel in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering en Aanvullende Verzekeringen. In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de zorg vergoed te krijgen.
U hebt alleen recht op vergoeding van die artikelen die vermeld staan op uw Vergoedingen Overzicht(en). Als niet het gehele vergoedingsartikel wordt vermeld maar een onderdeel daarvan, dan zijn ook de omschrijving van die zorg, de uitsluitingen (zie "Let op!") en de voorwaarden van toepassing die in dat artikel staan beschreven.

In het Vergoedingen Overzicht kunnen wij verwijzen naar verschillende reglementen. U kunt deze bekijken op onze website of bij ons opvragen.

3. Wat moet u doen om zorg vergoed te krijgen?

Er zijn verschillende manieren waarop u zorg vergoed kunt krijgen.

De zorgverlener (behandelaar of leverancier) stuurt de rekening naar ons
Wij hebben met veel zorgverleners afgesproken dat zij hun nota’s niet naar u, maar rechtstreeks naar ons sturen. Wij vergoeden de rekening direct aan hen. Tussenkomst van u is niet nodig. Het kan zijn dat wij de zorgverlener meer betalen dan het bedrag waar u volgens uw verzekering(en) recht op hebt. Bijvoorbeeld als voor een behandeling een eigen bijdrage geldt. Als dat zo is, sturen wij u een bericht dat wij teveel hebben betaald (zie uitleg bij artikel 4). U ontvangt later een rekening van ons.

De zorgverlener stuurt de rekening naar u
Bent u behandeld door een zorgverlener met wie wij geen afspraken hebben gemaakt, dan stuurt deze zorgverlener de rekening direct naar u. U betaalt deze rekening eerst helemaal zelf aan de zorgverlener. Daarna stuurt u de originele rekening (geen kopie!) naar ons op. U hebt daarvoor een declaratieformulier van ons gekregen.

Als wij uw nota hebben ontvangen, kijken wij op welk bedrag u volgens uw verzekering(en) recht hebt. Dit bedrag maken wij dan op uw (bank)rekening over. Het kan zijn dat u niet het volledige bedrag van ons vergoed krijgt. Bijvoorbeeld als voor de behandeling een eigen bijdrage geldt (zie uitleg bij artikel 4). Als u recht hebt op een volledige vergoeding kunnen wij, als u dat wilt, ook rechtstreeks aan de zorgverlener betalen.

Wij sturen u een bericht waarin staat wat wij betalen en op welke (bank)rekening wij dit overmaken. Ook sturen wij u een nieuw declaratieformulier toe. Dit kunt u gebruiken als u een volgende rekening opstuurt. U blijft altijd zelf verantwoordelijk voor tijdige betaling aan de zorgverlener.

4. Als wij zorg niet helemaal vergoeden
Sommige behandelingen krijgt u niet helemaal vergoed. U moet een gedeelte zelf betalen. Als dat zo is, staat dit op uw Vergoedingen Overzicht. Als uw zorgverlener ons een rekening stuurt dan betalen wij deze voor 100% aan de zorgverlener. Wij sturen u daarna een rekening van het gedeelte dat u zelf moet betalen.

Als u ons zelf een rekening stuurt dan vergoeden wij daarvan dat deel, waar u volgens uw Vergoedingen Overzicht recht op hebt. Deze gedeeltelijke vergoeding betalen wij altijd aan u en niet aan de zorgverlener. Ook al hebt u op het declaratieformulier aangegeven dat wij aan de zorgverlener moeten betalen. U moet dan zelf het hele bedrag aan de zorgverlener betalen.

Eigen risico
Het eigen risico geldt alleen voor zorg die vergoed wordt uit de basisverzekering. Alle vergoedingen uit de basisverzekering kunnen dus verrekend worden als u nog eigen risico hebt openstaan. Het eigen risico wordt alleen verminderd met het bedrag dat u vergoed zou krijgen. Het eigen risico wordt dus niet verminderd met de eigen bijdragen. Vergoedingen uit uw aanvullende verzekering worden niet verrekend met het eigen risico.

Gedeeltelijke vergoeding
Bij een gedeeltelijke vergoeding staat in uw Vergoedingen Overzicht bijvoorbeeld dat wij een behandeling voor 80% vergoeden tot een maximum van € 500,- per jaar. Dit betekent dat wij uw nota’s steeds voor 80% vergoeden, tot het moment dat wij in dat jaar € 500,- hebben betaald. De rest van dat jaar vergoeden wij die behandeling niet meer. Per 1 januari van het volgende jaar krijgt u weer 80% vergoed als u op dezelfde manier verzekerd blijft en als de vergoeding niet is veranderd.

Eénmalige vergoeding
Het kan zijn dat wij in de totale looptijd van de verzekering één maximum bedrag vergoeden. In uw Vergoedingen Overzicht staat dan bijvoorbeeld dat wij maximaal € 1.000,- vergoeden in de totale looptijd van uw verzekering. Deze éénmalige vergoeding geldt voor de hele periode dat u bij ons verzekerd bent. Wij vergoeden uw rekeningen in dit geval tot die € 1.000,-. Hierna vergoeden wij de rekeningen voor deze behandelingen niet meer, ook niet als uw verzekering doorloopt of als u kiest voor een andere (aanvullende) verzekering.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2012

5. Tarieven
In het Vergoedingen Overzicht staat hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij uw rekening volledig vergoeden. Voor de vergoeding van zorg hanteren we verschillende tarieven:
- afgesproken tarief;
- gedeclareerd tarief;
- marktconform tarief.

In schema 1 in de bijlage van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen kunt u zien wat voor tarief wij voor u per situatie vergoeden.
Afhankelijk van verschillende situaties is een ander tarief van toepassing:

a. Afgesproken tarief
Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij tarieven hebben afgesproken voor die behandeling? Wij vergoeden dan de behandeling volgens het afgesproken tarief.

b. Zorgverzekering Natura of Zorgverzekering Natura direct verlaagd tarief (75%)
Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten? Bij de Zorgverzekering Natura en de Zorgverzekering Natura direct verlagen wij de vergoeding met 25%. Wij vergoeden dus 75% van het wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij 75% van het marktconforme tarief (dit is het gemiddelde gecontracteerde, afgesproken tarief).
Deze verlaging van het tarief geldt niet voor de Zorgverzekering Restitutie en aanvullende verzekeringen.

c. Volledig tarief (100%)
Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken dan vergoeden wij het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief dan vergoeden wij het volledige marktconforme tarief (dit is het gemiddelde gecontracteerde tarief).

Voor de Zorgverzekering Natura en Zorgverzekering Natura direct geldt dit alleen als:
1) u de zorg die u nodig hebt niet of niet tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten. Wat tijdige zorgverlening is, hangt ervan af wat als wachttijd medisch inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is; of
2) u de zorg die u nodig hebt alleen op grote afstand van uw woonplaats kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten; of
3) de zorg die u nodig hebt niet in uw nabijheid of woonplaats op een kwalitatief verantwoorde manier kan worden geboden; of
4) u acute zorg nodig hebt, die niet kan worden uitgesteld. U moet ons wel zo snel mogelijk op de hoogte stellen van deze acute zorg. Bij acute zorg is geen verwijzing vereist; of
5) u van ons een akkoordverklaring hebt gekregen voor zorg door een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.

d. Gedeclareerde tarief
Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen tarieven hebben afgesproken? En hebben wij voor de soort zorg die u gaat krijgen (of hebt gekregen) ook geen afspraken gemaakt met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief is niet of nauwelijks vast te stellen? Wij vergoeden dan het gedeclareerde tarief. Dat zijn ten hoogste de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt; meer vergoeden wij nooit.

6. Voorwaarden voor vergoeding
Om recht te hebben op een vergoeding moet aan een aantal voorwaarden voldaan worden. Uw Vergoedingen Overzicht verwijst naar het artikelnummer van de Verzekeringsvoorwaarden dat voor die betreffende zorg geldt. Twee voorwaarden die vaak voorkomen, zijn:
a. De zorgverlener die u behandelt, moet door ons erkend zijn;
b. Voordat de behandeling start, moeten wij u een akkoordverklaring hebben gegeven.

Een erkende zorgverlener
Het is belangrijk dat een zorgverlener goed is opgeleid en voldoende kennis op zijn vakgebied heeft. Ook is het belangrijk dat een zorgverlener administratieve zaken goed geregeld heeft en bijvoorbeeld duidelijk aangeeft hoe en waar een patiënt klachten kan indienen. Soms herkent u zo'n zorgverlener aan zijn titel (arts of medisch specialist). In andere gevallen is een zorgverlener of zorginstelling erkend door de overheid of door ons. Onze medewerkers kunnen u vertellen of een zorgverlener wel of niet erkend is. U kunt erkende zorgverleners ook opzoeken op onze website.

Akkoordverklaring vooraf
Voor sommige behandelingen is het voor u moeilijk om vast te stellen of u in aanmerking komt voor een vergoeding. Wij geven dan aan dat u vooraf een akkoordverklaring moet aanvragen, om teleurstellingen achteraf te voorkomen. Hiervoor stuurt u ons:
a. een verwijsbrief of aanvraag met een motivatie van de huisarts, medisch specialist of tandarts die u behandelt;
b. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.
Soms vragen wij nog nadere informatie. Pas nadat u van ons de akkoordverklaring hebt gekregen, mag de zorg voor rekening van uw zorgverzekering komen.