

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2015

Toelichting op "Vergoedingen Overzicht Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen" (modelnummer: 004) versie 1

1. Inleiding

In deze Toelichting Vergoeding Overzicht geven wij algemene informatie over wat u moet doen om zorg (vergoed) te krijgen. Hoe zit het met uw eigen risico? En met de eigen bijdrage? Hoe en volgens welk tarief vergoeden wij uw nota? Aan welke voorwaarden moet u verder voldoen?

Uw en onze rechten en plichten staan op/in:

1. Het polisblad

Hier staat op vermeld welke verzekering(en) u hebt afgesloten; én

2. Uw Vergoedingen Overzicht

Hier staan de vergoedingen op vermeld waar u aanspraak op kunt maken; én

3. De Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen

én bijlagen zoals Premies en Vergoedingstarieven (zie punt 5. Tarieven in deze Toelichting)

én diverse reglementen. Deze documenten vindt u op onze internetsite of kunt u bij ons opvragen.

Hebt u na het lezen van deze algemene informatie nog vragen, dan kunt u contact met ons opnemen. Op onze internetsite vindt u informatie over allerlei onderwerpen en kunt u ons een e-mail sturen. Via de "Mijn"-omgeving kunt u naar uw persoonlijke pagina.

Deze Toelichting Vergoedingen Overzicht bevat geen rechten of plichten.

2. Hoe gebruikt u dit Vergoedingen Overzicht?

Het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en/of aanvullende verzekering bestaat uit de kolommen:

Wat krijgt u vergoed

In deze kolom staat de zorg waarop u aanspraak kunt maken.

Hoeveel krijgt u vergoed

In deze kolom staat hoeveel wij maximaal per verzekerde vergoeden.

Voorwaarden

In deze kolom staat een nummer dat verwijst naar een artikel (of een deel daarvan) in het boekje "Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen". In dit artikel staat de zorg waarop u recht hebt en onder welke voorwaarden.

U hebt alleen recht op vergoeding van die artikelen die vermeld staan op uw Vergoedingen Overzicht. Het kan zijn dat u niet voor het hele artikel verzekerd bent, maar voor een deel daarvan. In alle gevallen zijn de uitsluitingen (zie "Let op!") en de voorwaarden van het hele artikel op u van toepassing.

In het Vergoedingen Overzicht kunnen wij verwijzen naar verschillende reglementen. U vindt deze op onze internetsite of u kunt ze bij ons opvragen.

3. Wat doet u met uw nota?

Er zijn verschillende manieren waarop wij nota's verwerken.

De zorgverlener (behandelaar of leverancier) stuurt de nota naar ons

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2015

Wij hebben met veel zorgverleners afgesproken dat zij hun nota's niet naar u, maar rechtstreeks naar ons sturen. Wij vergoeden de nota meteen volledig 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 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 punt 4 "Als wij zorg niet volledig vergoeden"); later ontvangt u van ons de rekening hiervoor.

De zorgverlener stuurt de nota naar u

Bent u behandeld door een zorgverlener met wie wij geen afspraken hebben gemaakt, dan stuurt deze zorgverlener de nota naar u.

Omdat u altijd zelf verantwoordelijk blijft voor tijdige betaling aan de zorgverlener, betaalt u deze rekening eerst zelf aan die zorgverlener. Daarna stuurt u de originele nota (geen kopie) naar ons op met het declaratieformulier dat u van ons hebt gekregen. Alleen als wij uw nota volledig vergoeden, kunnen wij de nota aan de zorgverlener betalen.

Via de "Mijn"- omgeving op onze internetpagina kunt u de nota ook digitaal naar ons insturen; bewaar dan wel altijd het origineel, omdat we die voor controle nog bij u kunnen opvragen.

Nadat wij uw nota hebben verwerkt, sturen wij 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 nota opstuurt.

4. Als wij zorg niet volledig vergoeden

Er kunnen verschillende redenen zijn waarom wij uw zorg niet helemaal vergoeden. Voor de zorgverzekering kan een eigen risico en/of een eigen bijdrage van toepassing zijn. Dit zijn verschillende kosten die naast elkaar voor uw eigen rekening kunnen komen. Ook kunnen maximale vergoedingen of maximale tarieven gelden.

Eigen risico

Het eigen risico is een wettelijk vastgesteld bedrag dat per jaar voor uw eigen rekening komt. U kunt dat verhogen met een vrijwillig eigen risico. Vergoedingen uit de zorgverzekering kunnen verrekend worden met het eigen risico dat u nog hebt openstaan. Vergoedingen uit uw aanvullende verzekering worden niet verrekend met uw eigen risico.

Eigen bijdrage

De eigen bijdragen in de zorgverzekering zijn ook wettelijk vastgesteld. Het is een vast bedrag per behandeling of het is een percentage dat voor uw eigen rekening komt; eigen bijdragen staan op uw Vergoedingen Overzicht. Sommige eigen bijdragen vergoeden we uit een aanvullende verzekering; ook dit ziet u op uw Vergoedingen Overzicht.

Gedeeltelijke vergoeding

Bij een gedeeltelijke vergoeding staat op 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 maximum vergoeding (€ 500,-) niet is veranderd.

Eenmalige vergoeding

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2015

Voor bepaalde zorg vergoeden we een maximumbedrag. Op uw Vergoedingen Overzicht staat dan bijvoorbeeld dat wij maximaal € 1.000,- vergoeden in de totale looptijd van uw verzekering. Deze eenmalige vergoeding geldt voor de hele periode dat u bij ons verzekerd bent. Wij vergoeden uw nota's in dit geval tot die € 1.000,-. Hierna vergoeden wij de nota's voor deze zorg niet meer zolang uw verzekering doorloopt.

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 nota dan ook volledig vergoeden, zie hiervoor punt 5 "Tarieven".

5. Tarieven

Bij de vergoeding van de zorg kan sprake zijn van een :

- afgesproken tarief of
- vast, wettelijk (punt)tarief of
- marktconform tarief of redelijke marktprijs of
- gedeclareerde tarief.

Het tarief dat toegepast wordt, is o.a. afhankelijk van wat voor soort verzekering u hebt afgesloten en of u naar een zorgverlener gaat met wie wij een zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg.

In artikel A.20. van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen staat uitgelegd welk tarief voor u geldt.

6. Voorwaarden voor vergoeding

Om recht te hebben op zorg (of vergoeding daarvan) moet aan een aantal voorwaarden voldaan worden. Uw Vergoedingen Overzicht verwijst naar het artikelnummer van de Verzekeringsvoorwaarden dat voor die betreffende zorg geldt. In dat artikel kunt u de voorwaarden vinden die wij aan die zorg stellen. Twee voorwaarden die regelmatig voorkomen, zijn:

- De zorgverlener die u behandelt, moet door ons erkend zijn;
- 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 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:

- een verwijsbrief/aanvraag met motivatie van de huisarts, medisch specialist of tandarts die u behandelt;
- als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg;
- soms vragen wij om extra informatie.

Pas nadat u van ons de akkoordverklaring hebt gekregen, mag de zorg voor rekening van uw verzekering komen.
