



Wij zijn er voor ú

Belangrijkste veranderingen in uw polisvoorwaarden per 1 januari 2019

In dit overzicht staan de belangrijkste veranderingen in de polisvoorwaarden van 2019 kort beschreven. Het gaat om de veranderingen in de basisverzekering, de aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen ten opzichte van 2018.

De veranderingen in de basisverzekering

De basisverzekering dekt de verzekerde zorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek. De overheid bepaalt elk jaar welke zorg er in de basisverzekering zit. In 2019 wordt de basisverzekering uitgebreid met nieuwe behandelingen en een ruimere vergoeding voor een aantal bestaande behandelingen. Er verdwijnen ook vergoedingen. De belangrijkste hebben we op een rij gezet.

Algemeen	
Betaaltermijnkorting	Verandering: betaalt u premie per halfjaar of jaar? Dan krijgt u in 2019 een betalingskorting van 2% als u uw premie per jaar betaalt (dit was 3% in 2018). En een betalingskorting van 0,75% als u uw premie per halfjaar betaalt (dit was 1,25% in 2018).
Leeftijdscategorieën	Verandering: voor de aanvullende verzekeringen Intro, Start, Royaal en Excellent verschilt de premie per leeftijd. In 2019 zijn er 2 leeftijdscategorieën: 18 t/m 34 en 35 jaar en ouder. In 2018 waren er 3 leeftijdscategorieën: 18 t/m 34, 35 t/m 54 en 55 jaar en ouder.
Basisverzekering	
E-court	Vervallen: heeft u in 2019 een bedrag openstaan aan premie of andere kosten? Dan kunt u geen procedure meer starten bij de geschillencommissie Stichting e-Court.
Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI)	Nieuw: uw huisarts kan u doorverwijzen voor begeleiding door een gespecialiseerde zorgverlener als u gezondheidsrisico loopt door uw gewicht. Gecombineerde leefstijlinterventie is een programma gericht op het verlagen van de gezondheidsrisico's van uw gewicht. 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 duurt 2 jaar. Als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat heeft u vooraf toestemming van ons nodig.
Zittend ziekenvervoer	Verandering: krijgt u een oncologische behandeling met chemo-, radio- of immuuntherapie? Ondergaat u nierdialyse? Of bent u vanwege een langdurige ziekte of aandoening voor langere tijd aangewezen op vervoer (hardheidsclausule)? Vanaf 2019 krijgt u ook het vervoer van en naar consulten, onderzoeken en controles vergoed. De vergoeding geldt alleen als de consulten, onderzoeken en controles samenhangen met de behandeling. U heeft wel vooraf toestemming nodig voor dit vervoer. In 2018 kreeg u alleen het vervoer naar deze behandelingen vergoed.
Fysiotherapie in verband met COPD voor verzekerden van 18 jaar en ouder	Verandering: in 2019 worden behandelingen oefentherapie bij COPD vanaf de eerste behandeling vergoed vanuit de basisverzekering. Afhankelijk van de GOLD-Classificatie heeft u in de eerste 12 maanden recht op maximaal: • 5 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse A • 27 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse B • 70 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse C en D Na de eerste 12 maanden heeft u, als er nog onderhoudsbehandeling nodig is, afhankelijk van de GOLD-Classificatie recht op maximaal: • 3 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie per 12 maanden bij klasse B • 52 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie per 12 maanden bij klasse C en D In 2018 betaalde u de eerste 20 behandelingen zelf.
Medicijnen (wettelijke eigen bijdrage)	Verandering: voor groepen geneesmiddelen met dezelfde werking zijn vergoedingslimieten vastgesteld. Als een middel duurder is dan de vergoedingslimiet, dan betaalt u het verschil tussen de vergoedingslimiet en de prijs zelf in de vorm van een wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs). Net als in 2018 en voorgaande jaren. Vanaf 2019 betaalt u nooit meer dan € 250,- wettelijke eigen bijdrage per persoon per kalenderjaar voor deze medicijnen totaal. Het betalen van deze wettelijke eigen bijdrage staat los van het eigen risico.
Paracetamol, vitaminen en mineralen	Vervallen: paracetamol, vitaminen en mineralen die u ook zonder recept bij de apotheek kunt kopen, krijgt u vanaf 2019 niet meer vergoed uit de basisverzekering. Deze kosten betaalt u voortaan zelf.

Basisverzekering

Stoppen-met-rokenprogramma	Verandering: om voor vergoeding in aanmerking te komen moet het stoppen-met-rokenprogramma voldoen aan de eisen die zijn opgesteld in de Zorgmodule 'Stoppen met Roken' en voldoen aan de CBO-richtlijn 'Tabaksverslaving'. Door ons gecontracteerde zorgverleners voldoen altijd aan deze eisen. Voor de programma's van gecontracteerde zorgaanbieders betaalt u geen eigen risico.
Medisch specialistische revalidatie	Verandering: als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat heeft u vooraf toestemming van ons nodig om voor vergoeding in aanmerking te komen.
Psychiatrisch ziekenhuisverblijf voor verzekerden van 18 jaar en ouder	Verandering: als u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat heeft u vooraf toestemming van ons nodig om voor vergoeding in aanmerking te komen.
Orthodontie (beugel) in bijzondere gevallen	Vervallen: in 2019 vergoeden wij niet meer de kosten van Myobracetrainers (beugel categorie 1) en Vacuümgevormde beugels en aligners (beugel categorie 7).
Hoortoestellen	Verandering: heeft u de basisverzekering Zorg Plan Restitutie? In 2019 krijgt u geen vergoeding als u een ander toestel aanschaft dan waar u recht op heeft. In 2018 kreeg u nog een gedeeltelijke vergoeding.
Wijkverpleging	Verandering: in 2019 mag ook een HBO-verpleegkundig specialist met een opleiding tot kinderverpleegkundige een indicatie stellen bij intensieve kindzorg (IKZ). De medisch-specialist of kinderarts blijft eindverantwoordelijk voor de behandeling. In 2018 mocht alleen een HBO-kinderverpleegkundige een indicatie stellen.
Reglement Zvw-pgb	Onze verzekerden met een PGB worden apart geïnformeerd over de veranderingen in het Reglement Zvw-pgb. De veranderingen vindt u uiterlijk 12 november 2018 ook op averoachmea.nl .

Het verplicht eigen risico blijft € 385,-

Iedereen van 18 jaar en ouder betaalt voor zorg uit de basisverzekering verplicht eigen risico. De overheid stelt dit bedrag elk jaar vast. In 2019 blijft het verplicht eigen risico € 385,-. Dit betekent dat u in 2019 de eerste € 385,- aan zorgkosten uit de basisverzekering zelf betaalt. U betaalt geen eigen risico voor onder andere de zorgkosten van de huisarts (met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, zoals een laboratorium- of röntgenonderzoek), verloskundige hulp en kraamzorg, (tandheelkundige) zorg voor kinderen tot 18 jaar en zorg uit de aanvullende verzekeringen. Kijk voor meer informatie over het eigen risico en de mogelijkheid voor gespreid betalen van het eigen risico op averoachmea.nl/zorggebruik.

Veranderingen in de wettelijke eigen bijdragen en wettelijke maximale vergoedingen

Voor sommige hulpmiddelen, behandelingen of andere zorg uit de basisverzekering betaalt u een eigen bijdrage. Of u krijgt een maximale vergoeding. Elk jaar stelt de overheid de wettelijke eigen bijdragen of maximale vergoedingen vast. Voor de zorg hieronder verandert in 2019 de eigen bijdrage of maximale vergoeding.

Wettelijke eigen bijdragen en wettelijke maximale vergoedingen

Lenzen en brillenglazen	Verandering: is de gebruiksduur van de lenzen of brillenglazen langer dan 1 jaar? Dan stijgt de eigen bijdrage van € 57,50 naar € 58,50 per lens/glas. Is de gebruiksduur korter dan 1 kalenderjaar? En gaat het om 1 oog? Dan stijgt de eigen bijdrage van € 57,50 naar € 58,50 voor 1 glas of lens. Voor 2 ogen stijgt de eigen bijdrage van € 115,- naar € 117,-. Deze vergoeding is voor medische lenzen of brillenglazen in zeer ernstige gevallen.
Pruiken	Verandering: voor pruiken stijgt de maximale vergoeding van € 431,- naar € 436,-.
Allergeenvrije of orthopedische schoenen	Verandering: voor verzekerden jonger dan 16 jaar daalt de eigen bijdrage van € 69,- naar € 65,50 per paar schoenen. Voor verzekerden van 16 jaar en ouder daalt de eigen bijdrage van € 138,- naar € 131,- per paar schoenen.
Bevalling	Verandering: voor een niet-medisch noodzakelijke bevalling in een ziekenhuis, geboorte- of kraamcentrum stijgt de eigen bijdrage van € 34,- naar € 35,- en de maximale vergoeding stijgt van € 245,- naar € 250,-. Van deze bedragen is de helft voor de moeder en de helft voor het kindje. Voor het gebruik van een verloskamer bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie stijgt de maximale vergoeding van € 211,- naar € 215,-. Bijvoorbeeld in een ziekenhuis of geboortecentrum.
Kraamzorg	Verandering: voor kraamzorg thuis of in een geboorte- of kraamcentrum en partusassistentie stijgt de eigen bijdrage van € 4,30 naar € 4,40 per uur.
Zittend ziekenvervoer	Verandering: de eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer stijgt van € 101,- naar € 103,-.

De veranderingen in de aanvullende verzekeringen

Ook de aanvullende verzekeringen veranderen per 1 januari 2019. Sommige vergoedingen vervallen en sommige vergoedingen worden uitgebreid. Hieronder staan de belangrijkste veranderingen ten opzichte van 2018.

U leest eenvoudig of een verandering van toepassing is op uw aanvullende verzekering. Staat er een  achter de verandering? Dan ziet u bovenaan in de kolom op welke aanvullende verzekering de verandering van toepassing is.

Voor enkele behandelingen alleen 100% vergoeding bij gecontracteerde zorgverleners

Per 1 januari 2019 vergoeden wij voor de onderstaande behandelingen/middelen uit alle aanvullende verzekeringen alleen 100% als u naar een zorgverlener gaat waar wij een contract mee hebben. Een overzicht van alle zorgverleners waar wij een contract mee hebben vindt u op averoachmea.nl/zorgzoeker.

Gaat u in 2019 voor de zorg hieronder naar een zorgverlener waar wij geen contract mee hebben? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddelde tarief* waarvoor wij de zorg hebben ingekocht bij gecontracteerde zorgverleners. Dit was 100% in 2018.

- Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck en/of ergotherapie
- Diëtetiek

* Voor de berekening van het gemiddeld gecontracteerd tarief wordt uitgegaan van het basistarief voor de reguliere prestaties uit de Zorgverzekeringswet. Omdat er geen zicht is op de kwaliteit van de geleverde zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders, wordt er aan de opslagen (toeslagen) voor kwaliteit geen waarde gehecht.

Gaat u in 2019 voor de zorg hieronder naar een zorgverlener waar wij geen contract mee hebben? Dan krijgt u geen vergoeding. Dit was 100% in 2018.

- Beweegprogramma's (obesitas, voormalig hartfalen, diabetes type 2, COPD, reuma of kanker)
- Vaccinaties en preventieve geneesmiddelen in verband met verblijf in het buitenland
- Hulpmiddelen bij trans-therapie
- Anticonceptiva 21 jaar en ouder
- Uitgestelde kraamzorg, adoptiekraamzorg (kind jonger dan 12 maanden) óf medische screening bij adoptie

Vergoeding	Veranderingen in de aanvullende verzekeringen	Intro	Start	Royaal	Excellent
Alternatieve geneeswijzen, therapieën en geneesmiddelen (antroposofisch en homeopathisch)	Verandering: in 2019 vergoeden wij vanuit Start voor consulten of behandelingen € 40,- per dag tot maximaal € 350,- (in 2018 was dit € 450,-), vanuit Royaal € 40,- per dag tot maximaal € 550,- (in 2018 was dit € 650,-) en vanuit Excellent € 40,- per dag tot maximaal € 750,- (in 2018 was dit € 850,-). De vergoedingen zijn inclusief geneesmiddelen en per persoon per kalenderjaar. Vervallen: in 2019 vervalt de vergoeding voor neuromusculaire therapie. Verandering: in 2019 zijn er beroepsverenigingen die wij niet meer vergoeden. Een overzicht van de beroepsverenigingen vindt u op averoachmea.nl/zorgzoeker.				
Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck voor verzekerden van 18 jaar en ouder	Verandering: in 2019 vergoeden wij maximaal 36 behandelingen per persoon per kalenderjaar (waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie). In 2018 waren dit 40 behandelingen.				
Orthodontie (beugel) incl. second opinion voor verzekerden tot 18 jaar	Verandering: in 2019 geldt er voor de vergoeding van orthodontie een wachttijd van 1 jaar. Dit betekent dat u tijdens de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt. De wachttijd gaat in op 1 januari 2019. En geldt als u de aanvullende verzekering Royaal of Excellent per 1 januari 2019 afsluit (en in 2018 niet heeft afgesloten). De wachttijd geldt ook als u overstapt van één van de onderstaande andere zorgverzekeraars van Achmea*. De wachttijd geldt niet als u in 2018 al de aanvullende verzekering Royaal of Excellent heeft. * Zilveren Kruis, Interpolis, Pro Life Zorgverzekeringen, en OZF Zorgverzekeraar.				

Vergoeding	Veranderingen in de aanvullende verzekeringen	Intro	Start	Royaal	Excellent
Beweegprogramma's (obesitas, voormalig hartfalen, diabetes type 2, COPD, reuma of kanker)	Verandering: in 2019 geldt de vergoeding alleen als het programma gegeven wordt door een door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck. Dit was in 2018 een gecontracteerde PlusPraktijk.				
Oorstandcorrectie voor verzekerden tot 18 jaar (zonder medische noodzaak)	Vervallen: in 2019 vervalt deze vergoeding vanuit Start. In 2018 werd deze behandeling vanuit Start vergoed bij gecontracteerde zorgverleners.				
Stottertherapie (volgens methode Del Ferro, Hausdörfer, BOMA en McGuire)	Vervallen: in 2019 vervalt deze vergoeding. In 2018 was de vergoeding vanuit Start € 225,-, vanuit Royaal € 450,- en vanuit Excellent € 900,-. De vergoeding was per persoon en voor de gehele verzekeringsduur.				
Gasthuis voor uw bezoek (overnachtings- en vervoerskosten voor uw bezoek voor een verblijf in een ziekenhuis of GGZ-instelling)	Verandering: in 2019 geldt voor vervoerskosten voor bezoek (openbaar vervoer, taxi of eigen auto) een eigen betaling van € 100,- per kalenderjaar. In 2018 was de voorwaarde voor de vergoeding van vervoerskosten een minimale reisafstand van 50 kilometer en was er geen eigen betaling.				
Wettelijke eigen bijdrage methylfenidaat retard, atomoxetine, dexamfetamine en guanfacine (bij o.a. indicatie ADHD)	Vervallen: in 2019 vervalt de vergoeding voor de wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs). In 2018 was de vergoeding maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar.				
Wettelijke eigen bijdrage anticonceptiva	Vervallen: in 2019 vervalt de vergoeding voor de wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs). In 2018 was de vergoeding 100%.				
Wettelijke eigen bijdrage overige geneesmiddelen	Vervallen: in 2019 vervalt de vergoeding voor de wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs). In 2018 was de vergoeding maximaal € 750,- (exclusief de wettelijke eigen bijdrage voor methylfenidaat retard, atomoxetine, dexamfetamine en guanfacine).				
TENS bij bevalling (pijnbestrijding)	Verandering: in 2019 vergoeden wij alleen als u een verwijzing heeft van een huisarts, verloskundige of gynaecoloog. In 2018 had u geen verwijzing nodig.				
Voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent of (sport) diëtist	Verandering: in 2019 vergoeden wij ook groepsbehandelingen voedingsvoorlichting door een gewichtsconsulent. In 2018 vergoedden wij geen groepsbehandelingen.				

De veranderingen in de tandartsverzekering

Tandartsverzekeringen	T Start	T Extra	T Royaal	T Excellent
Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	Verandering: in 2019 vergoeden wij voor mondhygiëne (M-codes en of T-codes, anders dan de codes T21 en T22) maximaal 75% van de kosten. In 2018 was dit 100%, tot het maximale bedrag van uw tandartsverzekering. Vervallen: in 2019 vervalt de vergoeding voor een niet-restauratieve behandeling van cariës (gaatjes) in het melkgebit (M05), fluoridebehandeling (M40) en lachgas. In 2018 vergoedden wij 100%, tot het maximale bedrag van uw tandartsverzekering.			

Wilt u weten of wij een contract hebben met uw ziekenhuis of zorgverlener?

Op averoachmea.nl/zorgzoeker vindt u alle ziekenhuizen en zorgverleners waarmee wij afspraken hebben.

Aan dit overzicht kunt u geen rechten ontleen

Alleen de belangrijkste veranderingen zijn opgenomen en worden kort beschreven. Alle veranderingen gelden vanaf 1 januari 2019. De polisvoorwaarden en bijbehorende reglementen zijn bepalend voor de vergoeding waar u recht op heeft. U kunt deze downloaden op averoachmea.nl/voorwaarden of opvragen via (071) 751 00 22.

Heeft u vragen?

We zijn er voor u!

**Kijk op:**

www.averoachmea.nl/contact

**Bel naar:**

uw verzekeringsadviseur of bel ons op (071) 751 00 22. Wij zijn bereikbaar:

- op werkdagen van 8.00 tot 21.00 uur
(maandag 24 en 31 december van 8.00 tot 17.00 uur).
- op zaterdag van 10.00 tot 14.00 uur.
- extra: zondag 11 november van 10.00 tot 17.00 uur, zaterdag 22 en 29 december en zondag 30 december van 8.00 tot 17.00 uur.

**E-mail via:**

avero.zorgverzekering@achmea.nl

Er zijn informatiedocumenten over uw zorgverzekering beschikbaar. U kunt deze documenten bekijken en downloaden via averoachmea.nl/informatiedocument. Heeft u vragen belt u dan (071) 751 00 22.

Kijk op www.averoachmea.nl voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners, de hoogte van de vergoeding bij de niet-gecontracteerde zorgverleners, het Reglement Hulpmiddelen, het Reglement Farmaceutische zorg, het Reglement Zvw-pgb, de Beroepsverenigingen van alternatief genezers die voldoen aan de criteria van Avéro Achmea, de polisvoorwaarden, brochures, formulieren en overige informatie over onze verzekeringen. U kunt de informatie ook bij ons opvragen.

Voor de zorgverzekeringen van Avéro Achmea is Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht (KvK 30208633, AFM 12001023) de verzekeraar. Voor de aanvullende verzekeringen van Avéro Achmea is Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Zeist (KvK 28080300, AFM 12000647) de verzekeraar.

Wij doen ons uiterste best om u goede en duidelijke informatie te geven. Klopt er iets niet in onze communicatie? Geef het dan aan ons door zodat wij de fout kunnen herstellen. Staan er onjuistheden in? Dan is Avéro Achmea hiervoor niet aansprakelijk. Aan de inhoud van dit product of deze dienst kunt u geen rechten ontleen.



Keurmerk Klantgericht Verzekeren