



Erratum voorwaarden

Interpolis ZorgCompact 2018

Wijziging op de polisvoorwaarden van de basisverzekering, het Reglement Farmacie en de aanvullende verzekeringen van Interpolis per 1 januari 2018

Door middel van dit document brengen we wijzigingen aan in de volgende artikelen:

- artikel 9.2 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekering'; Wij verrekenen achterstallige premie met schadekosten en pgb
- artikel 1 van de 'Verzekerde zorg basisverzekering'; Ergotherapie
- artikel 2 van de 'Verzekerde zorg basisverzekering'; Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus
- artikel 3 van de 'Verzekerde zorg basisverzekering'; Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck
- artikel 3.5 van de 'Verzekerde zorg basisverzekering'; Fysiotherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht voor verzekerden van 18 jaar en ouder
- artikel 5 van de 'Verzekerde zorg basisverzekering'; Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten
- artikel 36 van de 'Verzekerde zorg basisverzekering'; Diëtetiek
- artikel 4 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'; Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck
- artikel 9.1 van het 'Reglement Farmacie'; Standaard vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden

Artikel 9.2 Wij verrekenen achterstallige premie met schadekosten en pgb (Algemene voorwaarden basisverzekering)

Aan dit artikel is toegevoegd dat wij naast achterstallige premie ook eigen risico dat u nog aan ons moet betalen kunnen verrekenen met de schadekosten.

De gecorrigeerde tekst is:

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

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

Artikel 1 Ergotherapie (Verzekerde zorg basisverzekering)

In het tekstblok 'Voorwaarden voor het recht op ergotherapie' is komen te vervallen dat u zich bij behandeling op school alleen kunt laten behandelen door een zorgverlener waarmee wij daarover afspraken hebben gemaakt.

Artikel 2 Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus (Verzekerde zorg basisverzekering)

In het tekstblok 'Voorwaarden voor het recht op voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus', is onder voorwaarde 1 aangepast dat de podotherapeut alleen in het Kwaliteitsregister Paramedici geregistreerd hoeft te staan en niet ook lid hoeft te zijn van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP).

De gecorrigeerde tekst van dit tekstblok is:

Voorwaarden voor het recht op voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus

1 Wij stellen de volgende voorwaarden aan de podotherapeut:

- De podotherapeut moet geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Paramedici;
- De podotherapeut kan voor preventieve voetverzorging pedicures inschakelen. De pedicure die in onderaannemerschap werkt voor de podotherapeut moet ingeschreven staan in één van de volgende registers:
- het KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP) van stichting ProCert met de aantekening 'voetverzorging bij diabetici' (DV) of als medisch pedicure (MP);
- het Register Paramedische Voetzorg (RPV) van brancheorganisatie Stipezo (Stichting pedicure in de zorg);
- 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).

De podotherapeut is de hoofdbehandelaar. De podotherapeut declareert per kwartaal de kosten rechtstreeks bij ons. Ook als de pedicure de behandeling doet.

Fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck (zie artikel 3 van de 'Verzekerde Zorg basisverzekering' en artikel 4 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen')

In het tekstblok 'Voorwaarden voor het recht op fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck' is komen te vervallen dat u zich bij behandeling op school alleen kunt laten behandelen door een zorgverlener waarmee wij daarover afspraken hebben gemaakt.

Artikel 3.5 Fysiotherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Aan dit artikel is toegevoegd dat er bij een door ons gecontracteerde fysio of oefentherapeut Cesar/Mensendieck geen verklaring van een verwijzer nodig is.

De gecorrigeerde tekst is:

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? 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.

Voorwaarde voor het recht op fysiotherapie

Voor u start met de behandeling heeft u een verklaring nodig van de verwijzer (huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist). Met deze verklaring kunnen wij vaststellen of u vanuit de basisverzekering recht heeft op gesuperviseerde oefentherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht.

Bij gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten Cesar/Mensendieck geen verklaring nodig

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

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- a zwangerschapsgymnastiek, postnatale gymnastiek, (medische) fitness,(sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- b toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - eenvoudige, korte rapporten of meer gecompliceerde, tijdrovende rapporten;
- c verband- en hulpmiddelen die de fysiotherapeut heeft verstrekt.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 70% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekering'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [interpolis.nl/zorgzoeker](https://www.interpolis.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Artikel 5 Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten (Verzekerde zorg basisverzekering)

In het tekstblok '**Let op!** Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar', is toegevoegd dat een verloskundige ook een spiraal mag plaatsen.

De gecorrigeerde tekst van dit tekstblok is:

Let op! Eigen risico bij plaatsing spiraaltje voor verzekerden van 18 tot 21 jaar. Bij plaatsing door een gynaecoloog wordt zowel de plaatsing als de spiraal zelf vergoed uit de basisverzekering. U betaalt dan eigen risico.

Bij plaatsing door een huisarts 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.

Artikel 36 Diëtetiek (Verzekerde zorg basisverzekering)

In het tekstblok 'Voorwaarden voor het recht op diëtetiek' is komen te vervallen dat u zich bij behandeling op school alleen kunt laten behandelen door een zorgverlener waarmee wij daarover afspraken hebben gemaakt.

Artikel 9.1 Standaard vergoedingsperiode en afleverhoeveelheden

(reglement Farmacie)

In dit artikel hebben wij verduidelijkt dat het mogelijk is om bepaalde medicijnen voor een periode langer dan 3 maanden mee te krijgen.

De gecorrigeerde tekst is:

Per voorschrift heeft u aanspraak op en/of worden de kosten van de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:

- 15 dagen, dan wel de kleinste afleververpakking wanneer die meer bevat dan voor 15 dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- 3 maanden, bij chronisch gebruik van dure geneesmiddelen door goed ingestelde patiënten. Uitzonderingen zijn door ons aangewezen geneesmiddelen die geschikt zijn om voor een langere periode af te leveren én de orale anticonceptiva. Deze middelen kunnen in voorkomende gevallen voor langer dan 3 maanden tot maximaal een jaar worden verstrekt;
- 1 maand, indien de kosten per geneesmiddel per maand meer dan € 1.000,- bedragen gedurende de instelperiode (eerste 6 maanden) na de eerste uitgifte;
- 1 maand in overige gevallen;
- 15 dagen, bij geneesmiddelengebruik tijdens intensieve zorg thuis (farmaceutische zorg tijdens de palliatieve en terminale fase) tenzij er tussen professionals, zoals huisarts, wijkverpleegkundigen en apothekers(assistenten) specifieke afspraken zijn gemaakt.

Voor insuline en de anticonceptiepil (voor vrouwen tot 21 jaar) is alleen bij de eerste levering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.