



Overzicht veranderingen in vergoedingen en dekkingen 2019

De veranderingen in de basisverzekering

De basisverzekering dekt de verzekerde zorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek. De overheid bepaalt elk jaar welke zorg in de basisverzekering zit. De belangrijkste veranderingen ten opzichte van 2018 hebben we op een rij gezet.

Vergoeding	Veranderingen in de 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: <ul style="list-style-type: none"> • 5 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse A • 27 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse B • 70 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie bij klasse C en D <p>Na de eerste 12 maanden heeft u, als er nog onderhoudsbehandeling nodig is, afhankelijk van de GOLD-Classificatie recht op maximaal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie per 12 maanden bij klasse B • 52 behandelingen gesuperviseerde oefentherapie per 12 maanden bij klasse C en D <p>In 2018 betaalde u de eerste 20 behandelingen zelf.</p>
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.

Vergoeding	Veranderingen in de 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 gecontacteerde 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 0) en Vacuümgevormde beugels en aligners (beugel categorie 7).
Wijkverpleging	Verandering: in 2019 mag ook een HBO-verpleegkundig specialist met een opleiding tot kinderverpleegkunde 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	Verandering: 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 interpolis.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. Voor 2019 heeft de overheid het verplicht eigen risico niet verhoogd. Het blijft € 385,-. Dit betekent dat u in 2019 de eerste € 385,- aan zorgkosten uit de basisverzekering zelf betaalt. Net als in 2018 betaalt u in 2019 geen eigen risico voor onder andere de huisarts (met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, zoals een laboratorium- of röntgenonderzoek), verloskundige zorg, 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 interpolis.nl/zorgverzekering/eigen-risico.

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 onderstaande zorg verandert in 2019 de eigen bijdrage of maximale vergoeding.

Vergoeding	Verandering in de 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 wettelijke 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 van zittend ziekenvervoer stijgt van € 101,- naar € 103,-.

De veranderingen in de aanvullende verzekeringen

Ook de aanvullende (tand)verzekeringen veranderen in 2019. Sommige vergoedingen vervallen en sommige vergoedingen veranderen. Hieronder staan de belangrijkste veranderingen ten opzichte van 2018.

Algemeen

Vergoeding	Veranderingen in de aanvullende verzekeringen
Leeftijdscategorieën	Verandering: voor de aanvullende verzekeringen ZonderMeer, MeerZeker, ZonderZorgen verschilt de premie per leeftijd. In 2019 zijn er 2 leeftijdscategorieën: 18 t/m 29 en 30 jaar en ouder. In 2018 waren er 3 leeftijdscategorieën: 18 t/m 29, 30 t/m 44 en 45 jaar en ouder.

Vergoeding	Soort wijziging	Veranderingen in de aanvullende verzekeringen	Zonder Meer	Meer Zeker	Zonder Zorgen
Beweegzorg (acupunctuur, osteopathie, chiropractie, (ortho)manuele therapie en orthopedische geneeskunde)	Verandering	In 2019 vergoeden wij vanuit ZonderZorgen voor consulten of behandelingen € 40,- per dag tot maximaal € 550,- (in 2018 was dit € 640,-). De vergoeding is inclusief geneesmiddelen en per persoon per kalenderjaar.			X
Orthodontie (beugel) incl. second opinion voor verzekerden tot 18 jaar	Verandering	In 2019 geldt er voor de vergoeding 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 per 1 januari 2019 MeerZeker of ZonderZorgen 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 MeerZeker of ZonderZorgen heeft. <i>* Zilveren Kruis, Avéro Achmea, Pro Life Zorgverzekeringen en OZF Zorgverzekeraar.</i>		X	X
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.			X
Oorstandcorrectie voor verzekerden tot 18 jaar (zonder medische noodzaak)	Vervallen	In 2019 vervalt deze vergoeding vanuit MeerZeker. In 2018 werd deze behandeling vanuit MeerZeker vergoed bij gecontracteerde zorgverleners.		X	
Stottertherapie (volgens methode Del Ferro, Hausdörfer, BOMA en McGuite)	Vervallen	In 2019 vervalt deze vergoeding. In 2018 was de vergoeding vanuit MeerZeker € 225,- en ZonderZorgen € 450,-. De vergoeding was per persoon per kalenderjaar en voor de gehele verzekeringsduur.		X	X

Vergoeding	Soort wijziging	Veranderingen in de aanvullende verzekeringen	Zonder Meer	Meer Zeker	Zonder Zorgen
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.	X	X	X
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.			X
Wettelijke eigen bijdrage anticonceptiva	Vervallen	In 2019 vervalt de vergoeding voor de wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs). In 2018 was de vergoeding 100%.	X	X	X
Wettelijke eigen bijdrage overige geneesmiddelen	Vervallen	In 2019 vervalt de vergoeding voor de wettelijke eigen bijdrage (bovenlimietprijs). In 2018 was de vergoeding maximaal € 1.000,- (exclusief de wettelijke eigen bijdrage voor methylfenidaat retard, atomoxetine, dexamfetamine en guanfacine).	X	X	X

De veranderingen in de tandverzekeringen

Vergoeding	Veranderingen GebitActief	GebitActief 250 euro	GebitActief 500 euro	GebitActief 1.000 euro	GebitActief 1.250 euro
Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	<p>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 tandverzekering.</p> <p>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.</p>	X	X	X	X
		X	X	X	X

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 interpolis.nl/zorgverzekering/voorwaarden of opvragen via de Interpolis Zorglijn 013 462 20 25.

Informatiedocumenten

Er zijn informatiedocumenten over uw zorgverzekering beschikbaar. U kunt deze documenten bekijken en downloaden via interpolis.nl/zorg/informatiedocumenten. Heeft u vragen? Bel dan met de Interpolis Zorglijn 013 462 20 25.

Service & Contact

Vragen

Onze medewerkers van de Interpolis Zorglijn zijn bereikbaar via 013 462 20 25.

U kunt ons ook via WhatsApp bereiken op 06 22 27 16 29.

Website

U kunt de volledige polisvoorwaarden en bijbehorende reglementen downloaden op interpolis.nl/zorgverzekering/voorwaarden.

Schriftelijk

Interpolis ZorgActief
Postbus 13
5000 AA Tilburg