

Belangrijkste veranderingen polisvoorwaarden 2018



In dit overzicht staan de belangrijkste veranderingen in de polisvoorwaarden van 2018. Het gaat om de veranderingen in de basisverzekering, aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen ten opzichte van 2017. Alleen de belangrijkste veranderingen zijn opgenomen en worden kort beschreven.

Belangrijkste veranderingen in uw polisvoorwaarden per 1 januari 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 in de basisverzekering zit. In 2018 verdwijnen er geen behandelingen uit de basisverzekering. Wel komen er nieuwe behandelingen bij. De belangrijkste veranderingen ten opzichte van 2017 hebben we op een rij gezet.

Vergoeding	Veranderingen in de basisverzekering
Algemene Voorwaarden	Betaalt u premie per halfjaar of jaar? Dan krijgt u een betalingskorting op uw premie. Elk jaar stellen wij de korting vast. Dit doen we onder andere op basis van de langtermijnrente. De kortingspercentages van 2018 staan vanaf 12 november op zk.nl/premiebetalen .
Fysiotherapie in verband met artrose van het heup- of kniegewricht voor verzekerden van 18 jaar en ouder	Nieuw: veel mensen hebben last van artrose. Dat noemen we ook wel gewrichtsslijtage. Vanaf 2018 komt er een vergoeding van de eerste 12 behandelingen oefentherapie in de basisverzekering. De vergoeding is voor mensen met artrose in de knieën of de heupen. De therapie moet onder toezicht van een oefentherapeut of fysiotherapeut plaatsvinden.
Zittend ziekenvervoer	Verandering: reiskosten voor uw behandeling krijgt u in sommige gevallen vergoed. Bijvoorbeeld voor oncologische behandeling radio- of chemotherapie. In 2018 wordt dit uitgebreid met immuuntherapie.
Medicijnen	Nieuw: welke medicijnen vanuit de basisverzekering worden vergoed, verandert door het jaar heen. De actuele informatie kunt u vinden op zk.nl/vergoedingen .
Verpleging en verzorging in de eigen omgeving	Verandering: start u in 2018 uw zorg bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor wijkverpleegkundige zorg? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Maakt u in 2017 al gebruik van een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan geldt er voor u in 2018 een overgangsregeling. Hierover ontvangt u bericht.
Eerstelijns verblijf	Verandering: in 2018 mag, naast de huisarts, ook een medisch specialist, SEH-arts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten een verwijzing geven voor eerstelijns verblijf. Verandering: als uw eerstelijns verblijf langer gaat duren dan 3 maanden, moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen.
Verzorging van een minderjarige	Nieuw: bent u minderjarig en ontvangt u verzorging die samenhangt met geneeskundige zorg? Bijvoorbeeld hulp bij wassen en medicijnen innemen? Dan heeft u vanaf 2018 recht op een vergoeding uit de basisverzekering. Zorg voor minderjarigen in en om het huis blijft onder de Jeugdwet vallen. Bijvoorbeeld helpen bij eten of aankleden.
Voetzorg voor verzekerden met diabetes mellitus	Verandering: in 2018 kunt u ook naar een pedicure die ingeschreven staat in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV), dat wordt beheerd door KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg) in samenwerking met de NMMV (Nederlandse Maatschappij van/voor Medisch Voetzorgverleners).
Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar	Verandering: voor het maken van een kaakoverzichtsfoto (X21) moet uw zorgverlener voortaan vooraf toestemming bij ons aanvragen. Wij beoordelen deze aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid.

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 2018 heeft de overheid het verplicht eigen risico niet verhoogd. Het blijft € 385,-. Dit betekent dat u in 2018 de eerste € 385,- aan zorgkosten uit de basisverzekering zelf betaalt. Net als in 2017 betaalt u in 2018 geen eigen risico voor onder andere de huisarts, 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 zk.nl/eigenrisico.

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 worden de wettelijke eigen bijdragen of maximale vergoedingen door de overheid vastgesteld. Voor de onderstaande zorg verandert in 2018 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 korter dan 1 jaar? Dan stijgt de eigen bijdrage van € 56,- naar € 57,50 per lens/glas. Is de gebruiksduur langer dan 1 kalenderjaar? En gaat het om 1 oog? Dan stijgt de eigen bijdrage van € 56,- naar € 57,50 voor 1 glas of lens. Voor 2 ogen stijgt de eigen bijdrage van € 112,- naar € 115,-. Deze vergoeding is voor medische lenzen of brillenglazen in zeer ernstige gevallen.
Pruiken	Verandering: voor pruiken stijgt de wettelijke maximale vergoeding van € 419,50 naar € 431,-.
Allergeenvrije of orthopedische schoenen	Verandering: voor verzekerden jonger dan 16 jaar stijgt de eigen bijdrage van € 67,50 naar € 69,- per paar schoenen. Voor verzekerden van 16 jaar en ouder stijgt de eigen bijdrage van € 135,- naar € 138,- per paar schoenen.
Bevalling	Verandering: voor een niet-medisch noodzakelijke bevalling in een ziekenhuis, geboorte- of kraamcentrum, stijgt de eigen bijdrage van € 242,- naar € 245,-. De helft van dit bedrag is voor de moeder en de helft voor het kindje. Voor het gebruik van een verloskamer bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie, stijgt de eigen bijdrage van € 208,- naar € 211,-. Bijvoorbeeld in een ziekenhuis of geboortecentrum.
Zittend ziekenvervoer	Verandering: de eigen bijdrage van zittend ziekenvervoer stijgt van € 100,- naar € 101,-. Bij vervoer met de eigen auto stijgt de kilometervergoeding van € 0,28 naar € 0,30.

De veranderingen in de aanvullende verzekeringen

Ook de aanvullende verzekeringen veranderen in 2018. Sommige vergoedingen vervallen en sommige vergoedingen worden uitgebreid. Hieronder staan de belangrijkste veranderingen ten opzichte van 2017.

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 het van toepassing is.

Vergoeding	Veranderingen in de aanvullende verzekeringen	Basis Plus Module	Aanvullend 1 ster	Aanvullend 2 sterren	Aanvullend 3 sterren	Aanvullend 4 sterren
Persoonlijke alarmerings-apparatuur op medische indicatie	Verandering: in 2018 is de vergoeding bij een niet-gecontracteerde leverancier maximaal € 60,- per persoon per kalenderjaar. In 2017 was dat € 35,- per persoon per kalenderjaar.				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hulp bij mantelzorg	Nieuw: in 2018 is er een vergoeding per persoon per kalenderjaar waarmee mantelzorgers en hulpbehoevenden maatwerkoplossingen kunnen inzetten. Voor Aanvullend 2 sterren is dat maximaal € 750,-, voor Aanvullend 3 sterren maximaal € 1.000,- en voor Aanvullend 4 sterren is dat maximaal € 1.250,- per persoon per kalenderjaar (afhankelijk van het bedrag dat nodig is voor de noodzakelijke ondersteuning).			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mantelzorgvervangende voor gehandicapten en chronisch zieken	Vervanging: in 2018 vervalt deze vergoeding. Om mantelzorgers beter te ondersteunen wordt de vergoeding vervangen door 'Hulp bij mantelzorg'. In 2017 was de vergoeding maximaal 21 dagen per persoon per kalenderjaar, alleen bij Handen-in-huis.				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vervoer verzekerde en vervoer stoffelijk overschot naar Nederland (repatriëring)	Verandering: in 2018 moet Eurocross Assistance -naast het vooraf geven van toestemming- ook het vervoer regelen. In 2017 hoefde Eurocross Assistance alleen vooraf toestemming te geven.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Overnachtings- en vervoerskosten gezinsleden na zorgbemiddeling naar België of Duitsland	Verandering: in 2018 vergoeden wij maximaal € 35,- per nacht tot maximaal € 500,- per kalenderjaar (voor het gezin samen) voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten. In 2017 was dat voor overnachtingskosten € 35,- per nacht voor het gezin samen en voor vervoerskosten eigen vervoer, openbaar vervoer en taxi € 0,28 per kilometer tot maximaal 700 kilometer per verblijf.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Circumcisie (besnijdenis) bij de man zonder medische indicatie	Vervalt: in 2018 vervalt deze vergoeding. In 2017 was de vergoeding € 250,- bij een gecontracteerde zorgverlener.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Borstkolfapparaat	Verandering: in 2018 vergoeden wij € 75,- per zwangerschap voor een elektrisch óf handborstkolfapparaat. In 2017 gold de vergoeding alleen voor een elektrisch borstkolfapparaat.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Vergoeding	Veranderingen in de aanvullende verzekeringen	Basis Plus Module	Aanvullend 1 ster	Aanvullend 2 sterren	Aanvullend 3 sterren	Aanvullend 4 sterren
Anticonceptiva 21 jaar en ouder	Verandering: in 2018 mag het anticonceptiemiddel ook door een verloskundige worden voorgeschreven. In 2017 mocht dat alleen worden gedaan door een (huis) arts, arts van een centrum voor seksualiteit of medisch specialist.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vervoer van zieken bij andere medische indicaties dan vanuit de basisverzekering en als u om medische redenen niet in staat bent gebruik te maken van het openbaar vervoer	Vervalt: in 2018 vervalt deze vergoeding. In 2017 was de totale vergoeding € 1.000,- bij Aanvullend 3 sterren (voor eigen vervoer € 0,28 per km en 100% bij gecontracteerd (meerpersoons)taxivervoer. U betaalde zelf € 100,-). Bij Aanvullend 4 sterren was de totale vergoeding € 2.000,- (voor eigen vervoer € 0,28 per km en 100% bij gecontracteerd (meerpersoons)taxivervoer).				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fysio- en oefentherapie Cesar/Mensendieck	Verandering: in 2018 vergoeden wij van het totaal aantal behandelingen maximaal 9 behandelingen manuele therapie. In 2017 gold deze voorwaarde niet.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Overnachtings- en vervoerskosten voor uw bezoek bij een ziekenhuisverblijf	Verandering: in 2018 geldt de vergoeding voor overnachtings- en vervoerskosten als u in een ziekenhuis in België of Duitsland verblijft dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt. Dit kan ook een psychiatrisch ziekenhuis zijn. In 2017 was dat beperkt tot een ziekenhuis in België of Duitsland binnen 55 kilometer van de Nederlandse grens. En was een psychiatrisch ziekenhuis uitgesloten van vergoeding. In 2018 vergoeden wij maximaal € 35,- per nacht tot maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle bezoekers samen voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten. In 2017 was er vanuit de Aanvullend 4 sterren een onbeperkte vergoeding van de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten samen.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Wettelijke eigen bijdrage geneesmiddelen (bovenlimietprijs GVS)	Verandering: in het GVS (geneesmiddelenvergoedingssysteem) staat welke geneesmiddelen vanuit de basisverzekering vergoed mogen worden. In 2018 is de vergoeding van de eigen bijdrage in Aanvullend 4 sterren opgesplitst in: maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar voor geneesmiddelen met methylfenidaat retard, atomoxetine, dexamfetamine en guanfacine. En maximaal € 750,- per persoon per kalenderjaar voor overige geneesmiddelen. In 2017 was er vanuit Aanvullend 4 sterren een vergoeding van € 750,- per persoon per kalenderjaar voor alle geneesmiddelen samen.					<input checked="" type="checkbox"/>
Preventieve cursussen	Verandering: in 2018 wordt de bestaande vergoeding voor cursussen georganiseerd door patiëntenverenigingen uitgebreid met leder(in). De cursus afvallen Eten:zo!, georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, wordt niet meer aangeboden.			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pedicurezorg bij een diabetische voet	Verandering: in 2018 kunt u ook naar een pedicure die ingeschreven staat in het Kwaliteitsregister Medisch Voetzorgverleners (KMV), dat wordt beheerd door KABIZ (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg) in samenwerking met de NMMV (Nederlandse Maatschappij van/voor Medisch Voetzorgverleners).				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Podotherapie/podologie/podoposturale therapie en (sport)steunzolen	Verandering: in 2018 is de vergoeding vanuit Aanvullend 3 sterren maximaal € 150,- per persoon per kalenderjaar (dit was € 200,-). Vanuit Aanvullend 4 sterren is de vergoeding € 200,- per persoon per kalenderjaar (dit was € 300,-).				<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Vergoeding	Veranderingen in de tandartsverzekeringen	Aanvullend Tand Basis	Aanvullend Tand 1 ster	Aanvullend Tand 2 sterren	Aanvullend Tand 3 sterren	Aanvullend Tand 4 sterren
Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	Verandering: in 2018 vergoeden wij voor vullingen (V-codes), trekken tanden/kiezen (H-codes) en verdovingen (A10 en A15) samen € 60,- per persoon per kalenderjaar. In 2017 was dat € 55,-.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder	Verandering: in 2018 vergoeden wij aan verzekerden met Aanvullend Tand 1, 2 of 3 sterren bij een bezoek aan de tandarts ook 100% van de kosten van verdovingen (A-codes) en foto's (X-codes). Hierbij blijft de maximum vergoeding per persoon per kalenderjaar voor alle tandheelkundige zorg samen voor Aanvullend Tand 1 ster € 250,-, Aanvullend Tand 2 sterren € 500,-, Aanvullend Tand 3 sterren € 1.000,-. In 2017 was de vergoeding voor A-codes en X-codes 75%.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Vergoeding	Veranderingen in Extra Vitaal
Hulp bij mantelzorg	Nieuw: in 2018 is de vergoeding maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar (afhankelijk van het bedrag dat nodig is voor de noodzakelijke ondersteuning), waarmee mantelzorgers en hulpbehoevenden maatwerkoplossingen kunnen inzetten. Dit is een vergoeding bovenop de vergoeding uit de aanvullende verzekering.
Mantelzorgmakelaar	Vervanging: in 2018 vervalt de vergoeding voor mantelzorgmakelaar. Om mantelzorgers beter te ondersteunen wordt de vergoeding vervangen door 'Hulp bij mantelzorg'. In 2017 was de vergoeding voor mantelzorgmakelaar 1 x per persoon tot maximaal € 250,- voor de hele duur van de aanvullende verzekering.
Mantelzorgvervangende voor gehandicapten en chronisch zieken	Vervanging: in 2018 vervalt de vergoeding. In 2017 was de vergoeding maximaal 7 dagen per persoon per kalenderjaar, alleen bij Handen-in-huis. Om mantelzorgers beter te ondersteunen wordt de vergoeding vervangen door 'Hulp bij mantelzorg'.
Abonnementkosten persoonlijke alarmerings-apparatuur (sociale indicatie)	Verandering: in 2018 is de vergoeding bij een niet-gecontracteerde leverancier maximaal € 60,- per persoon per kalenderjaar. In 2017 was dat € 35,- per persoon per kalenderjaar.
Professionele opvolging persoonlijke alarmering	Verandering: in 2018 vervallen de voorwaarden dat: 1. de persoonlijke alarmeringsapparatuur moet zijn geleverd door een gecontracteerde leverancier; 2. de door ons gecontracteerde leverancier van alarmeringsapparatuur vooraf toestemming moet hebben gegeven voor professionele opvolging.
Valpreventieprogramma	Verandering: in 2018 vergoeden wij ook de kosten van het valpreventieprogramma 'Vallen Verleden Tijd' (maximaal 1 valpreventieprogramma voor de hele verzekeringsduur). In 2017 vergoeden wij alleen het valpreventieprogramma 'In Balans'.
Medische fitness bij fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck	Vervalt: in 2018 vervalt de vergoeding van € 125,- per persoon per kalenderjaar bij een hiervoor gecontracteerde PlusPraktijk.
Online (zelfhulp) modules bij psychische klachten van Stichting mirro	Nieuw: wij vergoeden de kosten voor u van de voucher (jaarabonnementskosten) voor de online (zelfhulp)modules van Stichting mirro. Online zelfhulp van mirro helpt bij het herkennen, aanpakken en voorkomen van psychische klachten.



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

Op zk.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 2018. Bekijk altijd de polisvoorwaarden en bijbehorende reglementen voor de vergoeding waar u recht op heeft. U kunt deze downloaden op zk.nl/voorwaarden of opvragen via (071) 751 00 51.

Heeft u vragen?

Wij staan u graag bij met raad en daad



Kijk op zk.nl/contact

Stel uw vragen via chat, e-mail of WhatsApp. En praat mee in onze community.



Wilt u liever iemand persoonlijk spreken?

Wij zijn bereikbaar op (071) 751 00 51

Op werkdagen van 8.00 tot 21.00 uur en op zaterdag van 10.00 tot 14.00 uur

Extra: zaterdag 23 en 30 december en zondag 31 december van 9.00 tot 17.00 uur



Schrijven kan natuurlijk ook

Zilveren Kruis, Postbus 444, 2300 AK Leiden

U vindt ons ook op social media



Kijk op zk.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 Zilveren Kruis, de polisvoorwaarden, brochures, formulieren en overige informatie over onze verzekeringen. U kunt de informatie ook bij ons opvragen.

Voor de zorgverzekeringen van Zilveren Kruis is Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht (KvK 30208637, AFM 12001027) de verzekeraar. Voor de aanvullende verzekeringen van Zilveren Kruis zijn Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Zeist (KvK 28080300, AFM 12000647) en Zilveren Kruis Ziektkostenverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Amersfoort (KvK 31028587, AFM 12000612) de verzekeraars.

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 het kunnen herstellen. Staan er onjuistheden in? Dan is Zilveren Kruis hiervoor niet aansprakelijk. Aan de inhoud van dit product of deze dienst kunt u geen rechten ontleen.

