

Zorgverzekering

Vanaf 1 januari 2017 bieden wij geen zorgverzekeringen meer aan, hierdoor is het niet mogelijk om voor 2017 een zorgverzekering bij Turien & Co. af te sluiten. Wijzigingen dient u zelf door te geven aan uw nieuwe zorgverzekeraar.

De informatie en documenten die u hieronder aantreft hebben betrekking op de zorgverzekering van 2016 en eerder. Voor informatie en documenten voor 2017 verwijzen wij u naar uw nieuwe zorgverzekeraar.

1. Declareren

Nota's met zorgkosten die u in 2016 of eerder hebt gemaakt, kunt u als volgt bij ons indienen.

Per post

Als u een nota heeft ontvangen, kunt u een **declaratieformulier** downloaden en ingevuld, samen met de originele nota, naar ons opsturen. U kunt uw declaratie sturen naar: Turien & Co. Assuradeuren, Postbus 2287, 8203 AG Lelystad.

Stuur ons geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. De ingezonden originele nota's kunnen niet worden teruggestuurd. Ook als deze niet of slechts gedeeltelijk vergoed worden. Maakt u desgewenst voor inzending een kopie voor uw eigen administratie. Wilt u er rekening mee houden dat u zelf verantwoordelijk blijft voor het op tijd voldoen van de nota aan de zorgaanbieder. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Mijn Online Polismap

Turien & Co. biedt de mogelijkheid om via Mijn Online Polismap in een beveiligde omgeving de verzekeringsgegevens in te zien en u kunt uw declaraties digitaal indienen. U kunt nog tot 2019 terecht in Mijn Online Polismap.

U kunt gebruik maken van onze online declaratieservice of onze Declaratie app. Ga naar www.mijnonlinepolismap.nl en volg daar de uitleg "online declareren". Meer informatie over onze Declaratie app kunt u vinden op www.turien.nl/app.

Toegang tot Mijn Online Polismap wordt verkregen door in te loggen op www.mijnonlinepolismap.nl. Op verzoek van de verzekeringnemer kan de inzage in Mijn Online Polismap geblokkeerd worden. Het verzoek hiertoe kan per e-mail (blokkeren@turien.nl) aan ons kenbaar worden gemaakt.

Heeft u zorgnota's uit het buitenland?

Sommige nota's waaronder buitenlandse nota's kunt u niet online declareren. Deze originele nota's dient u samen met een ingevuld **declaratieformulier 'Buitenland'** naar ons op te sturen. Wij raden u aan een kopie te maken voor uw eigen administratie. Maak voor de verzending gebruik van de retourenvelop. Heeft u geen retourenvelop ontvangen? Stuur uw declaratie dan naar: Turien & Co. Assuradeuren, Postbus 2287, 8203 AG Lelystad.

Stuur ons geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. De ingezonden originele nota's kunnen niet worden teruggestuurd. Ook als deze niet of slechts gedeeltelijk vergoed worden. Wilt u er rekening mee houden dat u zelf verantwoordelijk blijft voor het op tijd voldoen van de nota aan de zorgaanbieder. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

2. Eigen risico en eigen bijdragen.

Verplicht eigen risico

In 2016 is het verplicht eigen risico € 385.. Dit is een door de overheid vastgesteld bedrag. Iedere verzekerde van 18 jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. Voor zorg vanuit uw aanvullende (tandarts)verzekering betaalt u nooit eigen risico.

Hoe hoger het eigen risico, hoe lager de premie

U kunt uw eigen risico voor 2016 verhogen tot maximaal €885. Hierdoor is uw premie lager. Dit betekent wel dat u een groter deel van de zorg zelf betaalt. Het eigen risico geldt per jaar over het totaal aan medische kosten die u heeft gemaakt.

Het betekent dat u in 2016 de eerste € 385 tot maximaal €885 zelf betaald voor zorg vergoed uit de basisverzekering. Voor enkele zorgvormen wordt geen eigen risico in rekening gebracht, zoals:

- Huisartsenzorg;
- kraamzorg en verloskundige hulp;
- na-controles van een nier- of leverdonor en de kosten van het vervoer van de donor, als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- ketenzorg;
- de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het leveren van drinkvoeding (dieetpreparaten), voor zover zij de door ons als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen leveren;
- hulpmiddelen die u in bruikleen hebt;
- de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen bieden volgens artikel verpleging en verzorging in de eigen omgeving (wijkverpleging);
- zorg vanuit uw aanvullende (tandarts-)verzekering;
- (tandheelkundige)zorg voor kinderen tot 18 jaar.

Was u bij VGZ verzekerd? Dan betaalt u ook voor **voorkeursgeneesmiddelen** geen eigen risico.

U betaalt geen verplicht eigen risico voor de directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch, gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek.

Hoe verrekenen jullie het eigen risico met mijn zorgkosten?

1. Wij krijgen de nota van uw zorgverlener. Wij betalen het hele bedrag aan de zorgverlener. Daarna krijgt u van ons een Afrekenspecificatie Zorgdeclaratie. Op de Afrekenspecificatie Zorgdeclaratie staat wat u aan eigen risico moet betalen. Dit bedrag incasseren wij via automatische incasso, of u ontvangt een acceptgiro.
2. U krijgt een nota die u eerst zelf betaalt. U stuurt de betaalde nota naar ons met bijvoorbeeld de Declaratie app. Wij beoordelen de nota en berekenen de vergoeding waar u recht op heeft. Van dit bedrag halen wij het eigen risico af. Het bedrag dat dan overblijft, krijgt u van ons.
3. U krijgt een nota die u niet eerst zelf betaalt, maar die u bij ons declareert. U vraagt aan ons deze nota voor u te betalen. Wij betalen het hele bedrag aan de zorgverlener. Daarna krijgt u van ons een Afrekenspecificatie Zorgdeclaratie. Op de Afrekenspecificatie Zorgdeclaratie staat wat u aan eigen risico moet betalen. Dit bedrag incasseren wij via automatische incasso, of u ontvangt een acceptgiro.

Hoe werkt het als mijn(ziekenhuis) behandeling over meerdere jaren loopt?

Als uw behandeling (DBC-zorgproduct) in 2015 start, dan verrekenen wij deze behandeling met uw eigen risico van 2015. Ook als de behandeling in 2016 stopt.

Ziekenhuizen declareren hun zorg met een DBC (Diagnose Behandeling Combinatie). De DBC staat voor het geheel aan zorg die u ontvangt, van zorgvraag tot diagnose en behandeling. De startdatum van een behandeling bepaalt met welk jaar wij uw eigen risico verrekenen. Als u bijvoorbeeld in december 2015 geopereerd wordt en in januari 2016 het ziekenhuis verlaat, dan verrekenen wij de kosten met het eigen risico van het jaar 2015.

Een DBC-traject mag maximaal 120 dagen duren. Duurt uw behandeling langer dan wordt een vervolg-DBC gestart. Dit kan ook voorkomen als u bijvoorbeeld na 120 dagen nog een nacontrole heeft in het ziekenhuis. **Let op:** Als die DBC's in verschillende jaren worden geopend, dan houden wij tweemaal eigen risico in en niet eenmaal. U moet dan zowel het eigen risico van 2015, als het eigen risico van 2016 betalen. U kunt altijd navragen of en wanneer er een vervolg-DBC wordt gestart bij uw behandelaar in het ziekenhuis of bij onze persoonlijke zorgcoach.

Betaal ik ook eigen risico voor een vervolg behandeling in het ziekenhuis?

Ja een vervolgbehandeling wordt gezien als een nieuwe behandeling (DBC-zorgproduct). U betaalt daar dus eigen risico voor. U kunt aan uw zorgaanbieder vragen of uw vervolgbehandeling een zgn. nieuwe behandeling is.

Vrijwillig eigen risico

Bovenop het verplicht eigen risico kan iedere verzekerde van 18 jaar en ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. De hoogte van het bepaalt u zelf. U kunt kiezen uit € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan ontvangt u een korting op uw premie.

Uitzonderingen verplicht en vrijwillig eigen risico

Het eigen risico geldt in 2016 niet voor:

Huisartsenbezoek. Maar schrijft uw huisarts geneesmiddelen voor? Of laat hij voor u (laboratorium)onderzoek uitvoeren in een ziekenhuis? Dan geldt het eigen risico wel.

Verloskundige zorg en kraamzorg. Maar let op: voor kosten die hiermee samenhangen geldt het eigen risico wel. Bijvoorbeeld voor geneesmiddelen, bloedonderzoek en vervoer.

Voorkeursgeneesmiddelen (alleen indien u bij VGZ verzekerd was)..

Eigen bijdrage

Naast het eigen risico bestaat er ook een eigen bijdrage. Dit betekent dat u een deel van de kosten zelf betaald, zowel voor zorg uit de basis- als de aanvullende verzekering. De overheid bepaald voor welke zorg een eigen bijdrage geldt en hoe hoog die is.

Wanneer u een aanvullende verzekering heeft afgesloten, kan het zijn dat de eigen bijdrage vergoed wordt uit deze aanvullende verzekering. In [Mijn Online Polismap](#) kunt u uw vergoedingen nakijken. Ook kunt u hiervoor contact opnemen met ons [Klantcontactteam](#).

De eigen bijdrage wordt berekend over verschillende zorgsoorten, zoals:

- bepaalde hulpmiddelen die vergoed worden vanuit het 'Reglement hulpmiddelen';
- zittend ziekenvervoer;
- verloskundige zorg en kraamzorg;
- bijzondere tandheelkundige zorg, als u 18 jaar of ouder bent;
- gebitsprotheses.

Hoe wordt dit berekend?

Stel u dient een declaratie in. Dan wordt in deze volgorde een vergoeding berekend:

- Is er eigen bijdrage van toepassing, dan wordt deze ingehouden
- Is eigen risico van toepassing, dan wordt die ingehouden
- Heeft u een vrijwillig eigen risico afgesloten en is eigen risico van toepassing, dan wordt deze ingehouden

Waar kan ik zien of eigen bijdrage of eigen risico van toepassing is?

Heeft u een declaratie ingediend dan staat onder 'eigen bijdrage' welke kosten niet worden vergoed. Dit kunt u uiteraard ook vinden via [Mijn Online Polismap](#), zodra u een account heeft aangemaakt. Dient uw zorgverlener de declaratie rechtstreeks in, dan wordt het verplicht en vrijwillig eigen risico achteraf bij u in rekening gebracht.

Wanneer ontvang ik de rekening voor het eigen risico?

Zodra wij de rekening van uw DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) van het ziekenhuis ontvangen. Wij bekijken dan of u nog een bedrag moet betalen. Zo ja, dan ontvangt u een rekening voor het eigen risico. Soms ontvangen wij de rekening van uw DBC heel snel, soms wacht het ziekenhuis lang met het versturen van de rekening. Dit kan wel een jaar duren. Hierdoor kan het helaas gebeuren dat u dit jaar nog een rekening krijgt voor het eigen risico van vorig jaar. Voor de rekening van het eigen risico kijken wij naar het jaar waarin de behandeling (DBC) is gestart.

3. Natura en restitutieverzekering

Naturaverzekering

Gecontracteerde zorg

Uw zorgverzekeraar heeft afspraken gemaakt met het grootste deel van de zorgverleners in Nederland. Deze afspraken gaan onder andere over de kwaliteit, prijs en levertijd van de zorg. Daarbij streeft uw zorgverlener naar het contracteren van zorgverleners binnen redelijke afstand van uw woonplaats. Gaat u naar één van deze zorgverleners dan is de maximale vergoeding conform het met de zorgverlener overeengekomen tarief. Wilt u weten voor welke zorg uw zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt en welke zorgverleners zijn gecontracteerd? Klik dan voor een overzicht op een van onderstaande linken:

Bent u verzekerd bij Avéro Achmea klik dan [hier](#)

Bent u verzekerd bij VGZ klik dan [hier](#)

Niet-gecontracteerde zorg

Heeft u een naturaverzekering en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan kan de vergoeding lager zijn dan wanneer de zorg door een gecontracteerde zorgverlener wordt verleend.

Bent u verzekerd bij Avéro Achmea? Dan is de maximale vergoeding en/of eigen bijdrage per zorgsoort vastgesteld voor de vastgestelde maximale vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg. Als er voor de betreffende zorg geen maximale vergoeding en/of eigen bijdrage is vastgesteld, worden de kosten van zorg vergoed tot ten hoogste het bij wet vastgestelde tarief, het zogenoemde **Wmg-tarief**. Indien er geen Wmg-tarief is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

Bent u verzekerd bij VGZ? Dan worden de kosten van zorg vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2016, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de zorgaanbieders. Klik [hier](#) voor de lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners. Als er voor deze zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken worden de kosten van zorg vergoed tot maximaal 80% van het bij wet vastgestelde tarief, het zogenoemde **Wmg-tarief**. Indien er geen Wmg-tarief is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

Restitutieverzekering

Een restitutieverzekering kenmerkt zich door keuzevrijheid. U kunt elke zorgaanbieder kiezen, maar u betaalt de rekening van de zorgaanbieder eerst zelf. Pas daarna krijgt u de kosten 100% conform de vastgestelde tarieven vergoed. U krijgt een vergoeding die is vastgesteld in de wet, het zogenoemde **Wmg-tarief**. Indien er geen Wmg-tarief is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag.

4. Preferentiebeleid geneesmiddelen

Uw zorgverzekeraar kent een preferentiebeleid voor geneesmiddelen. Dit betekent dat van veel medicijnen alleen de goedkoopste variant wordt vergoed. Het medicijn heeft dezelfde werkzame stof, maar de verpakking, vorm of kleur kunnen anders zijn dan u gewend bent.

Wat houdt het preferentiebeleid in?

Het preferentiebeleid houdt in dat (waar het kan) voorkeur is voor lager geprijsde geneesmiddelen. Uw zorgverzekeraar kan hierbij geneesmiddelen 'aanwijzen' die voor vergoeding in aanmerking komen.

Dit zijn de zogeheten preferente- of voorkeursgeneesmiddelen. Wanneer medicijnen uit precies dezelfde werkzame stof bestaan, wordt alleen de goedkoopste variant vergoed.

Bent u in 2016 verzekerd geweest bij Avéro Achmea? Klik [hier](#) voor de lijst met aangewezen preferente geneesmiddelen.

Bent u in 2016 verzekerd geweest bij VGZ? Klik [hier](#) voor het overzicht van aangewezen preferente geneesmiddelen.

Hoe kan het ene merk goedkoper zijn dan het andere?

Het preferentiebeleid heeft uitsluitend betrekking op geneesmiddelen die door meerdere fabrikanten op de markt worden gebracht. Op deze geneesmiddelen is het patent inmiddels verlopen. Een patent is een recht van alleenverkoop door de fabrikant die een middel heeft ontwikkeld. Na afloop van de patentperiode mag het geneesmiddel ook door andere leveranciers worden aangeboden. De voormalige patenthouder vraagt voor het 'bekende' merkgeneesmiddel vaak een aanzienlijk hogere prijs dan de andere leveranciers, terwijl de werkzame stof van het geneesmiddel hetzelfde is.

Uw voordeel van het preferentiebeleid

Bent u in 2016 verzekerd geweest bij Avéro Achmea? Dan biedt het preferentiebeleid u voordeel omdat de kosten van preferente geneesmiddelen, welke direct worden verrekend met uw verplicht en vrijwillig eigen risico, lager zijn dan merkgeneesmiddelen met dezelfde werkzame stof.

Bent u in 2016 verzekerd geweest bij VGZ? Dan worden de kosten van preferente geneesmiddelen niet verrekend met uw verplicht en vrijwillig eigen risico. Het preferentiebeleid biedt u dus direct voordeel.

Uitzondering

Kunt u, vanwege een medische noodzaak, niet met het preferente geneesmiddel worden behandeld? Dan wordt de andere (duurdere) variant vergoed. Er is pas sprake van medische noodzaak als het medisch onverantwoord is om het preferente geneesmiddel te gebruiken. De voorschrijver en/of apotheker beoordeelt of er werkelijk sprake is van medische noodzaak. Is het medische noodzaak? Dan moet de voorschrijver u hiervoor een schriftelijke verklaring geven en op het recept de aanduiding 'MN' (medische noodzaak) plaatsen. Bent u verzekerd bij VGZ? Dan komen de kosten van het geneesmiddel wel ten laste van het eigen risico.

Beschikbaarheid preferente geneesmiddelen

Uw zorgverzekeraar heeft met fabrikanten afspraken gemaakt om de leverbaarheid van de aangewezen preferente geneesmiddelen te garanderen. Daarnaast is het de verantwoordelijkheid van de apotheker om de voorraad van geneesmiddelen in de apotheek op peil te houden. Het preferente geneesmiddel zou in voldoende mate leverbaar moeten kunnen zijn.

Ondanks de gemaakte afspraken kan het voorkomen dat het preferent geneesmiddel (tijdelijk) niet voldoende leverbaar is. Bijvoorbeeld in de beginperiode van de aanwijzing van een nieuw preferent geneesmiddel.

Bent u verzekerd bij Avéro Achmea en is het door Avéro Achmea aangewezen preferente geneesmiddel (tijdelijk) niet leverbaar? Dan is de fabrikant verplicht een alternatief geneesmiddel aan te dragen.

Bent u verzekerd bij VGZ en is het door VGZ aangewezen preferente geneesmiddel (tijdelijk) niet leverbaar? Dan mag de apotheker u het middel leveren dat in de vorige periode als preferent geneesmiddel was aangewezen.

5. Wijzigingen in uw persoonlijke situatie

Een nieuw adres

Gaat u verhuizen? Geef dit dan door aan uw gemeente. Verder hoeft u niets te doen. Wij ontvangen uw nieuwe adres vanzelf via de Gemeentelijke Basisadministratie.

Een nieuw rekeningnummer

Wilt u een ander rekeningnummer gebruiken? Geef dan het nummer ervan schriftelijk aan ons door.

Andere aanpassingen

Alle andere wijzigingen in uw zorgverzekering kunt u schriftelijk aan ons laten weten. Een e-mail aan ons is voldoende. Mochten de gegevens niet volledig zijn, dan nemen wij contact met u op.

Stuurt u de wijziging liever per post? Dan kan dat naar:

Turien & Co. Assuradeuren

Team Polisbeheer

Postbus 216

1800 AE Alkmaar