

Eigen Risico (De Amersfoortse)

Verplicht eigen risico

Iedereen die premie betaalt voor de basisverzekering, krijgt ook in 2017 te maken met een verplicht eigen risico. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 385 per kalenderjaar.

Het eigen risico (verplicht en vrijwillig) geldt niet voor uw:

- Huisartsbezoeken (Met uitzondering van voorgeschreven geneesmiddelen, uitbestede laboratoriumkosten en zorgkosten die niet medisch noodzakelijk zijn (bijvoorbeeld reizigersvaccinaties en keuringen).
- Tandheelkundige zorg die wordt vergoed vanuit de basisverzekering voor verzekerden tot 18 jaar.
- Zorg voor kinderen tot 18 jaar.
- Bruikleenartikelen.
- Directe zorg in verband met verloskundige zorg en kraamzorg. Hiermee samenhangende kosten, zoals geneesmiddelen, bloedonderzoek, prenatale diagnostiek of ziekenvervoer vallen wel onder het eigen risico.
- Vergoedingen vanuit de aanvullende verzekering of de tandartsverzekering.
- Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (wijkverpleging).
- Reiskosten van een donor als deze vergoed worden onder de basisverzekering van de donor zelf.
- Ketenzorg.
- Nacontroles van een nier- of leverdonor.

Afrekening eigen risico

Nedasco verrekent direct het eigen risico met de ingediende declaraties. U ontvangt een afrekening van uw verplicht en vrijwillig eigen risico (indien er kosten zijn gemaakt). Heeft u een vrijwillig eigen risico en maakt u medische kosten? Dan trekken we de kosten eerst af van het verplichte eigen risico en daarna van het vrijwillige eigen risico. Stuur uw zorgverlener de rekening naar ons? Dan betalen we de rekening direct aan uw zorgverlener. Als u nog eigen risico open heeft staan, brengen we dat daarna bij u in rekening. Betaalt u uw premie via automatische incasso? Dan incasseren wij ook het eigen risico automatisch tot een bedrag van € 200. Als u zelf een rekening bij ons indient, houden wij het eigen risico in. Het restbedrag krijgt u vergoed.

Veelgestelde vragen

ALGEMEEN

Wat is het verplicht eigen risico bij mijn zorgverzekering?

Het verplicht eigen risico is een bedrag dat alle verzekerden vanaf 18 jaar elk jaar moeten betalen wanneer zij zorgkosten maken die worden vergoed vanuit de basisverzekering. Deze zorgkosten worden eerst verrekend met het eigen risico. In 2017 is dat een bedrag van maximaal € 385,00. Dit bedrag is door de overheid vastgesteld. Maakt u geen aanspraak op uw basisverzekering? Dan betaalt u niets.

Wat is het verschil tussen het verplichte en vrijwillige eigen risico bij mijn zorgverzekering?

Het verplichte eigen risico geldt voor elke verzekerde vanaf 18 jaar in Nederland. Daarnaast hebt u misschien gekozen voor een vrijwillig eigen risico. Dit bedrag wordt opgeteld bij het verplichte eigen risico. Als er zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico van toepassing is, kan het voorkomen dat dezelfde zorgkosten twee keer in het overzicht eigen risico staan. Maakt u geen aanspraak op uw basisverzekering? Dan betaalt u niets.

Hoe werkt dat in de praktijk met de verrekening van het verplichte en vrijwillige eigen risico bij mijn zorgverzekering?

Wij geven u hiervoor twee voorbeelden:

Voorbeeld 1.

Annemieke heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 0,00. In 2017 breekt ze een arm en wordt in het ziekenhuis behandeld: kosten € 500,00. Omdat voor iedere Nederlander een verplicht eigen risico geldt, moet Annemieke € 385,00 zelf betalen. De overige € 115,00 is voor rekening van de zorgverzekeraar.

Voorbeeld 2.

Jan koos voor een vrijwillig eigen risico van € 100,00. Hij breekt in 2017 zijn arm en wordt in het ziekenhuis behandeld: kosten € 500,00. Jan betaalt eerst het verplichte eigen risico van € 385,00. Daarnaast betaalt hij nog eens € 100,00 vrijwillig eigen risico. Jan betaalt in totaal dus € 485,00. Het restant van € 15,00 komt voor rekening van de zorgverzekeraar.

Ik heb een vrijwillig eigen risico en het verplichte eigen risico bij mijn zorgverzekering. Waar gaan de kosten het eerst af?

De zorgkosten gaan eerst van het verplichte eigen risico af. Als het maximum van € 385,00 is bereikt, tellen de kosten direct mee met het eventuele vrijwillige eigen risico.

Op de factuur staat dat ik moet betalen aan Caresco. Klopt dit?

Ja, Nedasco heeft enkele werkzaamheden voor de zorgverzekeringen ondergebracht bij Caresco. Caresco verwerkt de declaraties die wij rechtstreeks van u of via uw zorgverlener ontvangen. Ook de uitbetaling van declaraties, de incasso van het eigen risico of een eigen bijdrage vindt door Caresco plaats. Dit betekent dat u uw eigen risico of een eigen bijdrage moet overmaken naar een ander rekeningnummer dan u gewend bent. Nedasco blijft wel uw verzekeringspremie(s) incasseren.

Ik heb jullie gemachtigd voor automatische incasso. Wordt een eventueel eigen risico ook automatisch afgeschreven?

Wordt de premie voor uw zorgverzekering automatisch door ons geïncasseerd? Dan wordt een eventueel eigen risico ook automatisch afgeschreven. Is het factuurbedrag van uw eigen risico hoger dan € 200,-? Dan ontvangt u een nota en gaan wij niet automatisch incasseren.

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Ik heb een verwijzing van mijn huisarts voor de medisch specialist gekregen. Waarom moet ik deze kosten toch zelf betalen?

De kosten voor medisch specialistische zorg zijn inmiddels vergoed vanuit de basisverzekering aan u of het ziekenhuis. Deze zorgkosten verrekenen wij met het verplichte eigen risico van € 385,00 of uw vrijwillig eigen risico.

Op mijn overzicht staat een behandeling in het ziekenhuis, maar op die datum ben ik daar niet geweest. Hoe kan dit?

De ingangsdatum die u terugziet op het overzicht, hoeft niet de datum te zijn dat u er bent geweest. Een behandeling in het ziekenhuis wordt in rekening gebracht volgens landelijke standaarden. Dit houdt in dat de gehele behandeling in één keer wordt gedeclareerd over een bepaalde periode. De datum in het overzicht is de openingsdatum van de declaratie van het ziekenhuis. Alle kosten die u maakt in deze periode (consulten, röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, operatie en verpleegdagen) zijn samengevoegd tot één prestatiebedrag. Er kan enige tijd over heen gaan voordat de declaratie bij ons binnen is. Het is gebruikelijk dat dit een half jaar tot een jaar na dato is.

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

Als uw behandeling (DBC-zorgproduct) in 2016 start, dan verrekenen wij deze behandeling met uw eigen risico van 2016. Ook als de behandeling in 2017 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 2016 geopereerd wordt en in januari 2017 het ziekenhuis verlaat, dan verrekenen wij de kosten met het eigen risico van het jaar 2016.

Een DBC-traject mag maximaal 120 dagen duren. Duurt uw behandeling langer dan wordt een vervolg-DBC gestart. Ook wanneer u een operatie ondergaat waarbij een vervolgafpraak of nacontrole meer dan 42 dagen na de operatie plaatsvindt, wordt een vervolg-DBC gestart. 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 2016, als het eigen risico van 2017 betalen. U kunt altijd navragen of en wanneer er een vervolg-DBC wordt gestart bij uw behandelaar in het ziekenhuis

Betaal ik ook eigen risico voor een vervolghandeling in het ziekenhuis?

Ja een vervolghandeling wordt gezien als een nieuwe behandeling (DBC-zorgproduct). U betaalt daar dus eigen risico voor. Vraag aan uw zorgverlener of uw vervolghandeling een zogenaamde nieuwe behandeling is.

Waarom zie ik laboratoriumkosten meerdere keren terug op mijn specificatie?

Na een bezoek aan een specialist of huisarts is bloed of weefsel afgenomen of heeft u ander materiaal ingeleverd. Dit wordt vervolgens doorgestuurd naar een laboratorium voor verder onderzoek. De kosten van dit onderzoek worden bij ons gedeclareerd door een ziekenhuis of laboratorium. De naam van het laboratorium of ziekenhuis staat dan vermeld op het overzicht van de kosten. De verschillende bedragen hebben betrekking op de verschillende deelonderzoeken (bijvoorbeeld het bepalen van zouten, eiwitten en stofwisselingsproducten, de hormoonhuishouding, bloedstolling en afweerreacties).

FYSIOTHERAPIE:

Op de factuur staan fysiotherapiebehandelingen. Fysiotherapie wordt toch vergoed vanuit de aanvullende verzekering?

Voor een aantal aandoeningen is er voor fysiotherapie een vergoeding opgenomen in de basisverzekering. Dit zijn aandoeningen die chronisch zijn of een langdurige behandeling vereisen. Deze aandoeningen zijn opgenomen in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Wanneer er sprake is van één van deze aandoeningen, is er vanaf de 21e behandeling recht op vergoeding uit de basisverzekering. De kosten van deze behandelingen verrekenen wij met het eigen risico.

MEDICIJNEN:

Ik gebruik medicijnen in verband met een chronische aandoening. Waarom moet ik deze medicijnen zelf betalen?

De kosten voor de medicijnen zijn inmiddels vergoed vanuit de basisverzekering aan u of de apotheek. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen medicijnen voor een chronische aandoening of medicijnen voor overige aandoeningen. Alle kosten voor medicijnen verrekenen wij met het eigen risico € 385,00 of uw vrijwillig eigen risico.

Wat zijn terhandstellingskosten?

Terhandstellingskosten zijn kosten voor de dienstverlening van uw (online) apotheek. Dit bedrag komt bovenop de eventuele kosten van het geneesmiddel. Terhandstellingskosten verrekenen wij met het eigen risico. Deze dienstverlening bestaat bijvoorbeeld uit:

- bewaken dat u geen verkeerde combinatie van geneesmiddelen gebruikt
- controleren of de voorgeschreven sterkte en het voorgeschreven gebruik juist zijn

- het samenstellen van het medicijn

U betaalt voor elk geneesmiddel waar een recept voor nodig is terhandstellingskosten. De hoogte van deze kosten verschilt per apotheek, per geneesmiddel en per tijdstip. Meestal is het tarief ongeveer € 6. Maar dit bedrag kan lager of soms ook veel hoger zijn. Bijvoorbeeld als:

- u het geneesmiddel 's avonds of in het weekend haalt
- de apotheker het geneesmiddel zelf moet maken
- uw geneesmiddel is verpakt in een weekdoseersysteem

Zijn de terhandstellingskosten nieuw?

Nee, de terhandstellingskosten werden tot 1 juli 2015 samen met de kosten voor het geneesmiddel als één bedrag in rekening gebracht. Vanaf 1 juli worden deze kosten gesplitst in kosten voor het geneesmiddel en de terhandstellingskosten.