

Wijzigingen Zorgverzekeringen en Doorgaan van α.s.r. 2025

Geldend vanaf 1 januari 2025

Wijzigingen in de basisverzekeringen α.s.r. Eigen Keuze en α.s.r. Ruime Keuze

Algemeen	
Hinderpaal	Als de maximering van vergoeding bij een niet gecontracteerde zorgverlener u belemmert in het kiezen voor een niet gecontracteerde zorgverlener en deze belemmering is voor u onoverkomelijk, dan kunt u bij ons een gemotiveerd verzoek indienen voor een hogere vergoeding.
Extra voorwaarden bij niet gecontracteerde zorg	Als u een nota heeft ontvangen van uw zorgaanbieder maar deze zorg is niet geleverd, dan vergoeden wij deze niet.
Eigen risico (verplicht en vrijwillig)	Voor domein- en sectoroverstijgende samenwerking wordt geen eigen risico meer in rekening gebracht. Voor sommige geneesmiddelen geldt een eigen risico van 35%. In de lijst https://www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/medicijnen/voorkeursbeleid kunt u nazien voor welke geneesmiddelen dit geldt.
Kennisgeving relevante gebeurtenissen	U bent verplicht om belangrijke wijzigingen binnen 30 dagen aan ons door te geven. Hiermee bedoelen wij in ieder geval: <ul style="list-style-type: none"> - als uw verzekeringsplicht eindigt; - als uw rekeningnummer/IBAN wijzigt; - als u langdurig gaat verblijven in het buitenland; - als u verhuist, - als u op grond van een rechterlijke uitspraak gedetineerd wordt; - als uw detentie eindigt. <p>Geboorte</p> <p>Als u een geboorte binnen 4 maanden aan ons doorgeeft, kunnen wij uw kind met terugwerkende kracht verzekeren. Alle zorgkosten die in de tussentijd zijn gemaakt, worden dan gedekt door de verzekering. Als de geboorte pas na vier maanden aan ons wordt gemeld, gaat de verzekering in op de dag waarop wij de melding hebben ontvangen. Als er dan al zorgkosten zijn gemaakt, blijven die voor rekening van de ouders.</p>
Dekking	
Eerstelijnsverblijf	Bij palliatief terminale zorg vervalt het vereiste dat de hospice minimaal 4 bedden moet hebben, dat de verpleegkundigen en verzorgende in eigen dienst moeten zijn en dat er gebruik moet worden gemaakt van Vrijwilligers Palliatief Terminale Zorg.
Farmaceutische zorg	Voor sommige geneesmiddelen geldt een eigen risico van 35%. In de lijst https://www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/medicijnen/voorkeursbeleid kunt u nazien voor welke geneesmiddelen dit geldt.

Dekking	
Fysiotherapie en oefentherapie	<p>Voor gesuperviseerde oefentherapie bij COPD geldt geen maximum aantal behandelingen meer. Ook is de ernst van uw COPD niet meer bepalend voor het aantal behandelingen.</p> <p>Oefentherapie voor mensen met ernstige reumatoïde artritis wordt voortaan vergoed. U wordt hiervoor behandeld door een fysio- of oefentherapeut. U heeft een verklaring van den huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist nodig.</p>
Gecombineerde leefstijl interventie (GLI)	<p>Om voor vergoeding in aanmerking te komen mag uw zorgaanbieder ook minimaal de aantekening leefstijlcoach hebben in het Centraal Kwaliteitsregister of het deelregister van stichting Keurmerk Fysiotherapie, of in het geval van diëtisten of oefentherapeuten, het kwaliteitsregister Paramedici.</p> <p>Uw zorgverlener werkt met een effectief GLI-programma dat is geregistreerd bij het Loket Gezond Leven en dat als verzekerde zorg is aangemeld.</p>
Huisarts	<p>Wij vergoeden MRI onderzoek aangevraagd door de huisarts wanneer dit is opgenomen in de huisartsen richtlijnen (NHG-standaarden). Als het niet opgenomen is in de NHG-standaard kan uw verwijzer met ons contact opnemen.</p>
Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht of obesitas	<p>De effectiviteit van het GLI-programma voor kinderen moet naast het RIVM ook zijn vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland om voor vergoeding in aanmerking te komen.</p>
Mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar en Mondzorg voor verzekerden ouder dan 18 jaar	<p>Bij toerekenbare beschadiging, verwaarlozing of verlies van uw kunstgebit of de prothetische voorziening, heeft u geen recht op verstrekking/vergoeding van vervanging, wijziging of herstel. Een aanvraag voor vervanging van het kunstgebit of de prothetische voorziening moet afdoende worden gemotiveerd.</p>
Paramedische herstellzorg na ernstige corona	<p>Per 01-07-2024 is deze zorg voor nieuwe gevallen vervallen.</p>
Reglementen	<p>Reglement Hulpmiddelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De voorwaarden voor zuurstofapparatuur en zuurstof in het buitenland zijn versoepeld. - De gebruikstermijn van schouderorthesen, been/voetorthesen, korsetten en orthesen overig voor verzekerden van jonger dan 16 jaar is 6 maanden. - Als het gaat om een gebruiksklaar hulpmiddel met individuele aanpassing op de standaarduitvoering van orthopedische schoenen/confectie schoenen zijn er geen verplichte kwaliteitseisen voor de leverancier van toepassing. <p>In het Reglement Farmacie en het Reglement Zvw-pgb zijn geen inhoudelijke wijzigingen.</p>
Revalidatie	<p>Revalidatie voor ouderen (geriatrische revalidatie) wordt vaker vergoed vanuit de basisverzekering. De voorwaarde dat u eerst in een ziekenhuis moet hebben gelegen vervalt. En ook kunt u vanaf 2025 meteen thuis starten met revalideren. Een specialist ouderengeneeskunde beoordeelt of geriatrische revalidatie de best passende zorg is voor u.</p>
Verloskundige zorg en kraamzorg	<p>Informatieverstrekking over inhoud en reikwijdte van prenatale screening naar aangeboren afwijkingen (counseling) is niet langer onder de basisverzekering verzekerd. Deze zorg wordt voortaan vergoed vanuit de Rijksbegroting.</p> <p>U heeft voortaan ook recht op een consult bij een verloskundige voor vragen over anticonceptie.</p>

Wijzigingen in de basisverzekering α.s.r. Eigen Keuze

Algemeen	
Algemeen	Wij hebben de a.s.r. Eigen Keuze omgezet van een Restitutieverzekering naar een Combinatieverzekering. Voor alle zorgsoorten, met uitzondering van GGZ en Verpleging en Verzorging blijft de vergoeding op 100% van het marktconforme of maximale wettelijke tarief.
Dekking	
Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	Gaat u voor GGZ naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij tot ten hoogste 90% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Dit kan betekenen dat u een gedeelte van de nota zelf betaalt. De rekening betaalt u eerst zelf en declareert u daarna bij ons.
Verpleging en verzorging	Gaat u voor Verpleging en Verzorging naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij tot ten hoogste 90% van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Dit kan betekenen dat u een gedeelte van de nota zelf betaalt. De rekening betaalt u eerst zelf en declareert u daarna bij ons. Om de inzet van wijkverpleging toekomstbestendig te houden hebben wij de voorwaarden bij het niet (tijdig) kunnen vinden van een gecontracteerde zorgaanbieder aangepast.

Wijzigingen in de basisverzekering α.s.r. Ruime Keuze

Dekking	
Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	Gaat u voor GGZ naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij tot ten hoogste 75% (was 85%) van het gemiddelde gecontracteerde tarief.
Hulpmiddelen	Gaat u voor Hulpmiddelen naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij tot ten hoogste 85% van het gemiddelde gecontracteerde tarief (was 85% van het laagste gecontracteerde tarief).

Wijzigingen in de aanvullende verzekering Start, Extra, Uitgebreid en Optimaal

	Aanvulling Start	Aanvulling Extra	Aanvulling Uitgebreid	Aanvulling Optimaal
Dekking				
Extra zorg na een ongeval	Het ongeval mag in het buitenland plaats hebben gevonden. Deze vergoeding dekt niet de kosten voor zorg in het buitenland, alleen de zorg die je na het ongeval nodig hebt in Nederland.			
Leefstijlcoaching	Wij vergoeden uitsluitend nog het online leefstijlprogramma van Dokter Tamara. De overige aanbieders zijn vervallen.			
Orthodontie	Als u 18 jaar of ouder bent en met orthodontie begint, heeft u niet langer vooraf onze toestemming nodig.			
Tandarts voor verzekerden tot 18 jaar	Deze dekking vervalt.			

	Aanvulling Start	Aanvulling Extra	Aanvulling Uitgebreid	Aanvulling Optimaal
Dekking Preventie				
Cursus babymassage	Deze dekking vervalt.			
a.s.r. Vitality Gezondheidscheck (fysiek)	U kunt eenmaal per 12 maanden een fysieke gezondheidscheck laten doen via BENU (was online check). Deze check is ook geldig voor het bereiken van de platinum-status van a.s.r. Vitality.	U kunt eenmaal per 12 maanden een fysieke gezondheidscheck laten doen via BENU (was gezondheidscheck uitgebreid eenmaal per 24 maanden). Deze check is ook geldig voor het bereiken van de platinum-status van a.s.r. Vitality.	U kunt eenmaal per 12 maanden een fysieke gezondheidscheck laten doen via BENU (was gezondheidscheck uitgebreid). Deze check is ook geldig voor het bereiken van de platinum-status van a.s.r. Vitality.	U kunt eenmaal per 12 maanden een fysieke gezondheidscheck laten doen via BENU (was gezondheidscheck uitgebreid). Deze check is ook geldig voor het bereiken van de platinum-status van a.s.r. Vitality.
Slaapcoaching			75% maximaal € 200 (was € 400) per kalenderjaar via Somnox.	75% maximaal € 200 (was € 600) per kalenderjaar via Somnox.
Diensten via de Zorg voor jezelf app	Dit is een nieuwe dekking: Maximaal eenmalig per kalenderjaar kunt u een op maat gemaakt 'Jouw leefstijlprogramma' van 4 óf 8 weken volgen via de Zorg voor jezelf app. Maximaal 3 consults met een diëtist en/of mental coach à 1 uur per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.			
Algemeen				
Kennisgeving relevante gebeurtenissen	U bent verplicht om belangrijke wijzigingen binnen 30 dagen aan ons door te geven. Hiermee bedoelen wij in ieder geval: - als uw verzekeringsplicht eindigt; - als uw rekeningnummer/IBAN wijzigt; - als u langdurig gaat verblijven in het buitenland; - als u verhuist, - als u op grond van een rechterlijke uitspraak gedetineerd wordt; - als uw detentie eindigt.			
	Geboorte Als u een geboorte binnen 4 maanden aan ons doorgeeft, kunnen wij uw kind met terugwerkende kracht verzekeren. Alle zorgkosten die in de tussentijd zijn gemaakt, worden dan gedekt door de verzekering. Als de geboorte pas na vier maanden aan ons wordt gemeld, gaat de verzekering in op de dag waarop wij de melding hebben ontvangen. Als er dan al zorgkosten zijn gemaakt, blijven die voor rekening van de ouders.			

Wijzigingen in de aanvullende verzekering Doorgaan Basis, Doorgaan Start, Doorgaan Extra en Doorgaan Uitgebreid.

	Doorgaan Basis	Doorgaan Start	Doorgaan Extra	Doorgaan Uitgebreid
Dekking				
Extra zorg na een ongeval	Het ongeval mag in het buitenland plaats hebben gevonden. Deze vergoeding dekt niet de kosten voor zorg in het buitenland, alleen de zorg die je na het ongeval nodig hebt in Nederland.			
Leefstijlcoaching	Wij vergoeden uitsluitend nog het online leefstijlprogramma van Dokter Tamara. De overige aanbieders zijn vervallen.			
Orthodontie	Als u 18 jaar of ouder bent en met orthodontie begint, heeft u niet langer vooraf onze toestemming nodig.			
Tandarts voor verzekerden tot 18 jaar	Deze dekking vervalt.			
Dekking Preventie				
Cursus babymassage	Deze dekking vervalt.			
a.s.r. Vitality Gezondheidscheck (fysiek)	U kunt eenmaal per 12 maanden een fysieke gezondheidscheck laten doen via BENU (was online check en thuistest). Deze check is ook geldig voor het bereiken van de platinum-status van a.s.r. Vitality.			
Slaapcoaching			75% maximaal € 200 (was € 300) per kalenderjaar via Somnox.	75% maximaal € 200 (was € 600) per kalenderjaar via Somnox.
Diensten via de Zorg voor jezelf-app	Dit is een nieuwe dekking: Maximaal eenmalig per kalenderjaar kunt u een op maat gemaakt 'Jouw leefstijlprogramma' van 4 óf 8 weken volgen via de Zorg voor jezelf app. Maximaal 3 consults met een diëtist en/of mental coach à 1 uur per stuk per kalenderjaar via de Zorg voor jezelf app.			
Algemeen				
Aanvullende verzekering kinderen	Meeverzekerde kinderen tot 18 jaar hebben dezelfde aanvullende verzekeringsdekking als de verzekeringnemer. Heeft de verzekeringnemer een Doorgaanverzekering? Dan krijgen meeverzekerde kinderen tot 18 jaar een vergelijkbare dekking als de verzekeringnemer, met uitzondering van de dekkingen die vanuit de Doorgaanverzekering alleen gelden voor de verzekeringnemer. Als de aanvullende verzekering van de verzekeringnemer wijzigt, dan wijzigt de aanvullende verzekering van de meeverzekerde kinderen tot 18 jaar automatisch mee.			
Kennisgeving relevante gebeurtenissen	U bent verplicht om belangrijke wijzigingen binnen 30 dagen aan ons door te geven. Hiermee bedoelen wij in ieder geval: <ul style="list-style-type: none"> - als uw verzekeringsplicht eindigt; - als uw rekeningnummer/IBAN wijzigt; - als u langdurig gaat verblijven in het buitenland; - als u verhuist, - als u op grond van een rechterlijke uitspraak gedetineerd wordt; - als uw detentie eindigt. 			
	Geboorte Als u een geboorte binnen 4 maanden aan ons doorgeeft, kunnen wij uw kind met terugwerkende kracht verzekeren. Alle zorgkosten die in de tussentijd zijn gemaakt, worden dan gedekt door de verzekering. Als de geboorte pas na vier maanden aan ons wordt gemeld, gaat de verzekering in op de dag waarop wij de melding hebben ontvangen. Als er dan al zorgkosten zijn gemaakt, blijven die voor rekening van de ouders.			

Er zijn geen wijzigingen in de Tandarts Start, Tandarts Extra, Tandarts Uitgebreid en Tandarts Optimaal.

Voor meer informatie over de wijzigingen verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden en Reglementen. Deze kunt u vinden op www.asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/documenten. Op www.asr.nl/chatbot stelt u uw vraag op elk door u gewenst moment. Wilt u weten hoe u ons kunt bereiken, ga dan naar www.asr.nl/contact.

Aan dit document kunt u geen rechten ontleen.