

Wijzigingen Basisverzekeringen

Ik kies zelf van α.s.r. 2025

Geldend vanaf 1 januari 2025

Wijzigingen in de basisverzekeringen Ik kies zelf Vrije Keuze en Ik kies zelf Goede 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 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 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 Zw-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 Ik kies zelf Vrije Keuze

Algemeen	
Algemeen	Voor zorg bij een niet-gecontracteerde zorgverlener vergoeden wij standaard 100% van het marktconforme tarief of maximale wettelijke tarief (was 100% van het gemiddelde gecontacteerde tarief). Onder marktconform tarief wordt verstaan: de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.
Dekking	
Geneeskundige of curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	Gaat u voor Gespecialiseerde GGZ naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij tot ten hoogste 90% (was 85%) 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% (was 75%) 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.

Wijzigingen in de basisverzekering Ik kies zelf Goede Keuze

Algemeen	
Algemeen	De standaard vergoeding voor zorg bij een niet gecontracteerde zorgverlener wordt 85% (was 75%) van het gemiddelde gecontracteerde tarief. Voor Gespecialiseerde GGZ en Verpleging en Verzorging blijft de vergoeding op maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
Dekking	
Hulpmiddelen	De 100% vergoeding bij niet gecontracteerde digitaal aangeschafte inrichtingselementen, visuele hulpmiddelen, diabeteshulpmiddelen, verbandmiddelen, en incontinentie-of stomamaterialen is vervallen. De vergoeding bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is voortaan 85% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
Ziekenvervoer	Gaat u voor Ziekenvervoer naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij tot ten hoogste 85% (was 75%) van het gemiddelde tarief in de markt.

Voor meer informatie over de wijzigingen verwijzen wij je naar de polisvoorwaarden. Deze kun je vinden op asr.nl/verzekeringen/zorgverzekering/ikkieszelf. Op asr.nl/contact/zorgverzekering stel je je vraag op elk door jou gewenst moment. Wil je weten hoe je ons kunt bereiken, ga dan naar asr.nl/contact/zorgverzekering. Aan dit document kun je geen rechten ontleen.

