



INFORMATIE OVER HET BETALEN VAN BEHANDELINGEN

Elke burger van Nederland is verplicht zich te verzekeren voor medisch noodzakelijke hulp (basisverzekering). Wat medisch noodzakelijk is bepaalt de overheid. Voor alle andere zorg kunt u zich aanvullend verzekeren.

De basisverzekering vergoedt voor volwassenen van 18 jaar en ouder een deel van de behandeling door de kaakchirurg, bijzondere tandheelkunde, 75 % van een nieuwe volledige prothese en 90 % van de reparatie / rebasing van de volledige prothese. Deze vergoedingen uit het basispakket worden ingehouden op uw wettelijk verplichte eigen risico. In 2019 bedraagt het eigen risico € 385,--.

De basisverzekering betaalt, afhankelijk van uw verzekeraar, de tandartsenzorg voor jongeren tot en met 17 jaar m.u.v. kroon- en brugwerk en orthodontie; er geldt geen eigen risico.

- In 2019 declareren wij rechtstreeks **alle** behandelkosten bij **CZ, Delta Lloyd en Ohra 9664**
- Bij **Menzis 3332 (incl. Anderzorg 3333), de Achmea groep (incl. FBTO 3351, Zilveren Kruis Achmea 3311, Interpolis Achmea 3313, OZF Achmea 3314, OMS Achmea 3315, SBZ Achmea 3316, Avero Achmea 3329 en IAK/Avero Achmea 8971), de VGZ groep (Unive, Zekur, Zorgzaam 0101, SZVK 0212, UMC 0736, IZA gemeenten 3334, VGZ, Blue, Plus, Bewuzt 7095, Aevitae/VGZ 8956, Nedasco 8965, IAK/VGZ 8972 en IZZ 9015), ASR 3328, Aevitae/De Goudse 3330, Ditzo 3336, ONVZ 3343, Promovendum/Caresco 3353, EUCARE 3359, Avitae 3360, DSW 7029, ENO 7032, Stad Holland 7037, 3358 De Friesland Zorgverzekeraar, Zorg en Zekerheid 7085, Aevitae/Avero Achmea 8958, ZVW 8959 en 8960, IAK/ASR 8973, Caresco 8995, Amersfoortse 9018 en CVZ 9990** declareren wij in 2019 de verrichtingen rechtstreeks die onder de **basis- en/of aanvullende tandartsverzekering** vallen.

→ **Let op: ook al heeft u een aanvullende tandartsverzekering afgesloten; u zult bijna altijd bij moeten betalen. Dit is afhankelijk van de polisvoorwaarden van uw aanvullende tandartsverzekering.**

De cijfers achter de naam van bovenbenoemde verzekeraars zijn de UZOVI-code van de verzekeraar. Deze staat vermeld op uw zorgpas en/of polis.

De facturen van tandheelkundige behandelingen van kinderen/jongeren (m.u.v. kroon- en brugwerk en orthodontie) tot en met 17 jaar worden vanuit de basisverzekering vergoed. Wij declareren dit rechtstreeks bij uw zorgverzekering.

Tevens kunnen wij een nota versturen indien u een gemaakte afspraak niet nakomt zonder berichtgeving. Afspraken dienen uiterlijk 24 uur voor de behandeling geannuleerd te worden. Bij het niet annuleren of bij annuleringen binnen 24 uur voor de afspraak kunnen wij de gereserveerde tijd in rekening brengen. Wij brengen € 12,85 per 5 minuten in rekening voor de niet ingevulde tijd.

Indien de nota na een maand niet is voldaan, ontvangt u van ons een betalingsherinnering. Wordt de nota na het ontvangen van een tweede betalingsherinnering nog niet voldaan, dan geven wij opdracht aan Vechtdal Gerechtsdeurwaarders B.V. te Ommen om deze vordering te incasseren. Bij een tweede betalingsherinnering brengen wij bovendien € 3,50 administratiekosten in rekening. Komen wij met u een regeling overeen tot betaling in termijnen, dan berekenen wij eenmalig € 10,-- administratiekosten. Wij berekenen geen rente over het openstaande bedrag.