

Ziektekostenverzekering Buitenland

Polisvoorwaarden

Inhoud van de polis

- 1 Begripsomschrijvingen
- 2 Algemeen
- 3 Kinderen
- 4 Premie
- 5 Overige verplichtingen
- 6 Uitsluitingen
- 7 Wijziging van premie en/of voorwaarden
- 8 Duur en einde van de verzekering
- 9 Eigen risico
- 10 Bijzondere aanspraken en rechten
- 11 Omvang van de dekking
- 12 Regeling hulpmiddelen
- 13 Klachten

1 Begripsomschrijvingen

1.1 De Amersfoortse

NV Amersfoortse Zorgverzekering Maatschappij
Gevestigd te Amersfoort.

1.2 De verzekeringsovereenkomst

De met De Amersfoortse gesloten verzekeringsovereenkomst van ziektekostenverzekering.

1.3 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met De Amersfoortse is aangegaan.

1.4 Verzekerde

Ieder van de als zodanig op het polisblad vermelde personen.

1.5 Gezin

- Twee gehuwden of twee ongehuwden die duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren, al dan niet met ongehuwde kinderen.

- Een alleenstaande met één of meer ongehuwde kinderen.

- Kinderen: ongehuwde pleeg- en/of stiefkinderen en adoptiekinderen tot 21 jaar.

1.6 Medische noodzaak

De noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.

1.7 Ziekenhuis

Een inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als zodanig is erkend door de bevoegde overheidsinstantie.

1.8 Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis tot ten hoogste 365 dagen per ziektegeval, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een specialist noodzakelijk moet zijn.

1.9 Verpleegkosten

De kosten van verpleging die door een ziekenhuis volgens de door de bevoegde overheidsinstantie goedgekeurde tarieven in rekening worden gebracht.

1.10 Dagverpleging

Korter dan 24 uur durende (zogenaamde poliklinische) bedverpleging in een ziekenhuis waarvan de noodzaak voorzien is in verband met het op dezelfde dag plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

1.11 Kraaminrichting

Een door de bevoegde overheidsinstanties als zodanig erkende inrichting.

1.12 Verloskundige

Een verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.13 Specialist

Een arts, die voor het betreffende specialisme als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties;

1.14 Kaakchirurg

Een tandarts, die voor het betreffende specialisme als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.15 Orthodontist

Een tandarts, die voor het betreffende specialisme als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.16 Specialistische behandeling

Een behandeling of onderzoek, die volgens medische normen algemeen is aanvaard en behoort tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

1.17 Kaakchirurgische behandeling

Een behandeling of onderzoek, die volgens medische en tandheelkundige normen algemeen is aanvaard en behoort tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

1.18 Kaakorthopedische behandeling

Een behandeling of onderzoek, die volgens medische en tandheelkundige normen algemeen is aanvaard en behoort tot het specialisme waarvoor de orthodontist is ingeschreven.

1.19 Bijkomende kosten

De medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische behandeling of kaakchirurgische behandeling in een ziekenhuis (zoals kosten van röntgenfoto's laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, bestralingen, narcose, verbandmiddelen en gebruik operatiekamer of polikliniek).

1.20 Huisarts

Een in de woon- of verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan gevestigde arts, die als huisarts op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenhulp zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

1.21 Apotheker

Een apotheker, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.22 Tandarts

Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.23 Tandprotheticus

Een tandprotheticus, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.24 Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstanties.

1.25 Farmaceutische zorg

Middelen die als geneesmiddel verhandeld mogen worden en die op voorschrift van een huisarts, tandarts, verloskundige, specialist of kaakchirurg zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts.

1.26 Ziekenvervoer

Medisch noodzakelijk ziekenvervoer - indien en voor zover om medische redenen openbaar vervoer niet verantwoord is - per ambulance, taxi, huurauto of eigen auto zowel naar als van een ziekenhuis of kraam -

inrichting, alsmede zowel naar als van de plaats waar de behandelend specialist praktijk uitoefent. Het vervoer dient verband te houden met een medische behandeling, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van De Amersfoortse komen.

1.27 Ziektegeval

Elke ononderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling, voortgekomen uit één en dezelfde ziekte-oorzaak/oorzaken of één en hetzelfde ongeval.

1.28 AWBZ

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

1.29 Audiologische hulp

Het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;

1.30 Hulpmiddelen

De medische middelen zoals omschreven in artikel 12.

1.31 Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard. Deze hulp wordt verleend door een aan een door de bevoegde overheidsinstanties erkende instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist.

1.32 Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstanties als zodanig is erkend.

1.33 Medisch adviseur

De arts die De Amersfoortse in medische aangelegenheden adviseert.

1.34 Tandheelkundig adviseur

De tandarts die De Amersfoortse in tandheelkundige aangelegenheden adviseert.

1.35 SOS International

BV Nederlandse Hulpverleningsorganisatie
SOS International. Hoogoorddreef 58,
1101 BE Amsterdam
Telefoon (020) 651 51 51, fax (020) 651 51 09.

2 Algemeen

2.1 Grondslag van de verzekering

Het aanvraagformulier met de daarin door de verzekeringnemer of de verzekerde gedane, al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede eventuele schriftelijke gegevens, daarbij afzonderlijk door de verzekeringnemer of de verzekerde verstrekt, gelden als grondslag van deze verzekering en worden geacht met de polis één geheel uit te maken. De Amersfoortse is generlei vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen indien de mededelingen in het aanvraagformulier dan wel de afzonderlijke gegevens in strijd met de waarheid waren of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard zijn dat de verzekering niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten, indien De Amersfoortse daarvan kennis had gedragen.

2.2 Strekking van de verzekering

Voor elke op het polisblad of op een aanhangsel genoemde verzekerde, wordt vergoeding verleend van kosten verbonden aan medische behandeling, mits en zolang deze behandeling medisch noodzakelijk is en voor zover verzekerd en omschreven in de 'Omvang van de dekking'.

2.3 Vrije keuze

De verzekerde is vrij in de keuze van ziekenhuis, specialist, huisarts, kaakchirurg, orthodontist, beoefenaar van alternatieve geneeswijzen, tandarts en verloskundige.

2.4 Begin en einde van het recht op vergoeding

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode gedurende welke deze verzekering van kracht is.

2.5 Omvang van de vergoeding

De verzekerde kosten worden vergoed tot ten hoogste twee maal de daarvoor geldende vergoedingen in Nederland, voor zover in deze voorwaarden niet anders is bepaald.

2.6 Dekkingsgebied

De verzekering is zowel in Nederland van kracht als in het door verzekeringnemer en/of verzekerde aan De Amersfoortse opgegeven land van domicilie, en tijdens vakantie en zakenreizen in elk ander land. Bij verhuizing naar een ander land dan het land van vestiging bij afgifte van deze verzekering, dient de verzekeringnemer en/of de verzekerde dit aan De Amersfoortse te melden.

De Amersfoortse heeft dan het recht andere voorwaarden te stellen, waaronder wijziging van de premie, dan wel de verzekering te beëindigen

2.7 Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door De Amersfoortse gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing, hetgeen ter inzage ligt bij De Amersfoortse.

3 Kinderen

Voor kinderen geboren tijdens de duur van de verzekering geldt, mits zij binnen een maand na hun geboorte aan De Amersfoortse ter verzekering zijn voorgedragen en mits alle daarvoor in aanmerking komende kinderen onder deze polis verzekerd zijn, de volgende bepaling. De verzekering is van de geboorte af van kracht ongeacht eventueel aangeboren ziekten of afwijkingen. Dit geldt eveneens voor adoptiefkinderen met ingang van de datum van de feitelijke opname van het kind in het gezin.

4 Premie (inclusief kosten)

4.1 Premiebetaling in het algemeen

- De verzekeringnemer dient de premie vooruit te betalen, echter uiterlijk op de dertigste dag nadat deze verschuldigd wordt.
- De verzekeringnemer en/of de verzekerde heeft niet het recht de verschuldigde premie te verrekenen met van De Amersfoortse te vorderen vergoedingen.

4.2 Wanbetaling

Indien de verzekeringnemer het verschuldigde niet tijdig betaalt of weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van nadien plaatsvindende gebeurtenissen. Een nadere ingebrekestelling door De Amersfoortse is niet vereist. De verzekeringnemer dient het verschuldigde alsnog te betalen. De dekking gaat weer in op de dag na die waarop het verschuldigde door De Amersfoortse is ontvangen.

4.3 Premierestitutie

- Bij tussentijdse verlaging van de premie volgt premierestitutie over de periode tussen de ingangsdatum van de verlaging en de premievervaldatum;
- Bij beëindiging van de verzekering, anders dan wegens kwade trouw van de verzekeringnemer, wordt de premie over de termijn waarin de verzekering niet meer van

kracht is terugbetaald. Op het restitutiebedrag worden administratie- en/of poliskosten in mindering gebracht.

5 Overige verplichtingen

5.1 Verplichtingen bij medische behandeling

De verzekerde is verplicht ervoor te zorgen:

- a. Dat de opname in een ziekenhuis wordt gemeld aan De Amersfoortse, zodra de noodzaak ertoe is gebleken. Indien in verband met het spoedeisende karakter melding vooraf niet mogelijk is, dient de melding uiterlijk binnen drie dagen na de opname plaats te vinden. De verzekerde is verplicht de behandelend huisarts of specialist te machtigen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van De Amersfoortse;
- b. Dat bij niet-klinische specialistische behandeling (behoudens in geval van behandeling door een oogarts of keel-neus-oorarts) een verwijzing van de huisarts of tandarts wordt overlegd indien door De Amersfoortse hierom wordt gevraagd;
- c. Dat alle originele nota's betreffende het verstrekken kalenderjaar, binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden, zijn ingediend, waarbij gebruik gemaakt dient te worden van een door De Amersfoortse te verstrekken declaratieformulier;
- d. Dat alle nota's op zodanige wijze gespecificeerd zijn dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding De Amersfoortse is gehouden;
- e. Dat computernota's gewaarmerkt zijn door de zorgverlener;
- f. Dat desgevraagd aan De Amersfoortse, haar geneeskundig adviseur of hen, die met de controle zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen;
- g. Dat De Amersfoortse alle medewerking krijgt bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde. Wanneer de belangen van De Amersfoortse worden geschaad door het niet nakomen van de bovengenoemde verplichtingen, behoeft De Amersfoortse geen kosten te vergoeden.

5.2 Melding

De verzekeringnemer is verplicht iedere wijziging in de samenstelling van het verzekerde gezin en iedere verandering die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit deze verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen dertig dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan De Amersfoortse mee te delen. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:

- a. Verhuizing;
- b. Huwelijk;
- c. Aangaan van een gezamenlijke huishouding;
- d. Geboorte;
- e. Overlijden.

Door het nalaten van het hierboven bepaalde vervalt een eventueel recht op restitutie van premie.

5.3 Ziekenfonds of publiekrechtelijke ziektekostenregeling

- a. De verzekeringnemer is verplicht de toelating van een (van de) verzekerde(n) tot een ziekenfonds of een publiekrechtelijke ziektekostenregeling schriftelijk aan De Amersfoortse te melden, zodra dit feit de verzekeringnemer bekend is.
- b. De verzekering van de verzekerde eindigt indien de verzekerde tot de ziekenfondsverzekering of een publiekrechtelijke ziektekostenregeling is toegelaten en wel op de datum waarop de verzekeraar daarvan

mededeling ontvangt. De verzekeringnemer dient De Amersfoortse (een kopie van) het bewijs van inschrijving van de verzekerde in het ziekenfonds of de publiekrechtelijke ziektekostenregeling te overleggen.

6 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

- 6.1 Voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij. De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponneerd;
- 6.2 Indien en voor zover door de verzekeringnemer of de verzekerde aanspraak op vergoeding van de verzekerde kosten of op verstrekking van verpleging of behandeling kan worden gemaakt krachtens:
 - a. een wettelijk geregelde verzekering;
 - b. een regeling van overheidswege;
 - c. enigerlei subsidieregeling;
 - d. een andere overeenkomst;
- 6.3 Voor de verschuldigde eigen bijdragen krachtens de AWBZ, en die van bevolkingsonderzoeken;
- 6.4 Voor celtherapie, vaccinaties, keuringen en het afgeven van attesten, met uitzondering van hetgeen is vermeld in artikel 10.3;
- 6.5 Voor vorm - en/of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking;
- 6.6.a Voor de behandeling van aandoeningen ontstaan door, dan wel verbandhoudende met atoomkernreactie, onverschillig hoe deze zijn ontstaan;
- 6.6.b De uitsluiting onder a. geldt niet met betrekking tot aandoeningen veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële commerciële landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, mits er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen. Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979 - 225);
- 6.6.c Voor zover krachtens de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de ontstane aandoeningen aansprakelijk is, vindt het onder b. bepaalde geen toepassing;
- 6.7 Voor tandheelkundige implantaten, inclusief de kosten die verband houden met het inbrengen daarvan in de kaak;
- 6.8 Voor onderzoeken of behandelingen, die tot doel hebben het beoogde of bereikte resultaat van een eerdere niet medische geïndiceerde behandeling of ingreep teniet te doen;
- 6.9 Voor onderzoeken of behandelingen die verband houden met ziekten of afwijkingen, welke reeds bestonden voor of bij het tot stand komen van de verzekering en waarmee verzekerde bekend was of waarvan hij toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gedaan aan De Amersfoortse. Deze uitsluiting is niet van toepassing indien en voor zover de verzekering zonder medische of tandheel-

kundige selectie tot stand is gekomen;

6.10 Voor onderzoeken of behandelingen, die naar wetenschappelijke opvattingen niet algemeen zijn aanvaard, niet gebruikelijk zijn in het kader van de beoefening van het beroep of van het specialisme, dan wel niet begrepen zijn in de wettelijke omschrijving van de beroepsuitoefening;

6.11 Voor het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie;

6.12 Voor alle andere fertiliteitsbevorderende behandelingen uitgezonderd de in artikel 11.6 genoemde;

6.13 Voor verpleeghuizen en inrichtingen voor zwakzinnigen en gehandicapten;

6.14 Voor kuuroorden, sportmedische adviescentra en sportbandages.

7 Wijziging van premie en/of voorwaarden

De Amersfoortse heeft het recht de premie en/of voorwaarden van bepaalde groepen verzekeringen en bloc te wijzigen. Behoort deze verzekering tot zo'n groep, dan is De Amersfoortse gerechtigd de premie en/of voorwaarden van deze verzekering overeenkomstig die wijziging aan te passen en wel op een door haar te bepalen datum. De verzekeringnemer wordt van de wijziging in kennis gesteld en wordt geacht hiermee te hebben ingestemd tenzij hij binnen dertig dagen na kennisgeving schriftelijk het tegendeel heeft bericht. In dit laatste geval eindigt de verzekering op de datum die in de mededeling door De Amersfoortse is genoemd.

De mogelijkheid van opzegging van de verzekering door de verzekeringnemer geldt niet indien:

- de wijziging van de premie en/of voorwaarden voortvloeit uit wettelijke regelingen, waaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
- de wijziging een verlaging van de premie en/of een uitbreiding van de dekking inhoudt;
- de wijziging voortvloeit uit een verhuizing naar de Verenigde Staten, waarbij 20% toeslag op de premie gerekend wordt;
- de herziening voortvloeit uit het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde aan wiens leeftijd de premie is gekoppeld.

8 Duur en einde van de verzekering

8.1 De verzekering wordt voor maximaal drie jaar aangegaan en in stand gehouden gedurende ten minste het jaar waarin de verzekering is ingegaan en het daarop volgende kalenderjaar;

8.2 De verzekering of de dekking eindigt:

- op de contractvervaldatum indien de verzekeringnemer uiterlijk drie maanden voor deze datum aan De Amersfoortse schriftelijk de verzekering heeft opgezegd;
- aan het einde van het verzekeringsjaar waarin het mee-verzekerde kind niet meer voldoet aan het gestelde in artikel 1.5. Indien de dekking voor een meeverzekerd kind eindigt als hierboven omschreven zal deze aansluitend worden verzekerd op een aparte polis tegen de dan geldende algemene voorwaarden en bij de leeftijd behorende premie en met het daarbij behorende eigen risico, ongeacht de gezondheidstoestand. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat De Amersfoortse niet het recht heeft de verzekering te beëindigen behoudens op een door haar te bepalen tijdstip in gevallen als bedoeld in artikel 2.1, artikel 2.6, artikel 8.1 en in geval van artikel 4.2 alsmede in geval van (poging tot) bedrog door de

verzekeringnemer en/of de verzekerde.

9 Eigen risico

- Van de verzekerde kosten is het bedrag van het eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer. Onder verzekerde kosten worden in dit verband ook verstaan de uitkeringen bijbevalling als omschreven in artikel 11.5;
- Indien voor een onderdeel van de dekking een maximumbedrag is vermeld, dan blijft dit maximum, zowel voor de toepassing van het eigen risico als voor de eventuele uitkering daarna, onverminderd van kracht;
- Indien een opname in een ziekenhuis niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze begon, is voor die opname slechts éénmaal het gekozen eigen risico van toepassing;
- Indien de eerste verzekeringsperiode niet gelijk is aan een kalenderjaar, wordt het van toepassing zijnde eigen risico pro-rata toegepast;
- Bij schorsing of beëindiging van de verzekering zal geen restitutie noch vermindering van het ingehouden eigen risico plaatsvinden.

10 Bijzondere aanspraken en rechten

10.1 De Amersfoortse vergoedt de kosten van:

- medisch noodzakelijk ziekenvervoer per ambulance en/of vliegtuig vanuit de verblijfplaats in het buitenland naar Nederland, alsmede de door SOS International in rekening gebrachte kosten voor medisch noodzakelijke begeleiding tot in totaal ten hoogste €6.806,71 per verzekerde, per gebeurtenis;
- ingeval van overlijden de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland, de binnenkist alsmede de kosten verbonden aan het verkrijgen van de noodzakelijke documenten hiertoe, tot in totaal ten hoogste €6.806,71 per verzekerde. Ter beoordeling van de medische noodzaak van de onder artikel 10.1 te maken kosten, dient voorgenomen vervoer naar Nederland vooraf bij De Amersfoortse of SOS International te worden gemeld.

10.2 De kosten van transplantatie van de volgende donororganen komen voor vergoeding in aanmerking mits de transplantatie in Nederland plaatsvindt. Huid, hoornvlies, beenmerg, nier, bot, hart, hart-long, nier-pancreas en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties, gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatiestichting. De kosten van transplantatie van andere organen (waaronder hart-longtransplantaties) worden niet vergoed. De vervoerskosten naar en van Nederland van zowel de donor als de ontvanger worden volledig vergoed. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling, gedurende ten hoogste drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende transplantatie. Geen vergoeding wordt verleend in verband met het laten verwijderen van transplantatiemateriaal ten behoeve van een niet bij De Amersfoortse verzekerde ontvanger.

10.3 Preventieve geneeskunde

Vergoed worden de kosten van onderzoek of behandeling door de huisarts of specialist voor:

- onderzoek van hart- en bloedvaten (per verzekerde maximaal één keer per twee jaar);
- baarmoederhals-(uitstrijkje) en borstkankeronderzoek;
- injecties en vaccinaties tegen tetanus en hondsdolheid. Voor het onder punt a en b genoemde is de vergoeding

maximaal één keer per twee jaar per verzekerde.
10.4 Second opinion

Vergoed worden de kosten voor het raadplegen van een andere specialist, indien de behandelend specialist een operatieve ingreep heeft voorgesteld.

11 Omvang van de dekking

11.1 Verpleging langer dan 24 uur in een ziekenhuis, inclusief bijkomende kosten en specialistenhulp

Bij opname in een ziekenhuis vergoeding van de kosten tot een maximum van 365 dagen per ziektegeval van ziekenhuisverpleging voor zover er voor deze opname volgens Nederlandse maatstaven een medische noodzaak bestaat. Hierbij geldt als maximumuitkering voor dekking A € 907,56 per verpleegdag en voor dekking B € 453,78 per verpleegdag.

De kosten van klinische specialistische hulp inclusief de bijkomende kosten worden tot maximaal tweemaal de in Nederland vastgestelde tarieven vergoed. Indien de opname in Nederland plaatsvindt is de volgende vergoedingsregeling van toepassing. Onbeperkte vergoeding van:

- de verpleegkosten voor opname tot een maximum van 365 dagen per ziektegeval in klasse 3 (dekking B) of klasse 2/2b (dekking A);
- het honorarium wegens specialistische behandeling en de bijkomende kosten.

11.2 Dagverpleging in een ziekenhuis

Vergoeding van:

- de verpleegkosten;
- het honorarium wegens specialistische behandeling en de bijkomende kosten;

Hierbij geldt als maximumuitkering voor dekking A € 907,56 per verpleegdag en voor dekking B € 453,78 per verpleegdag.

11.3 Nietklinische (poliklinische) specialistische behandeling

Vergoeding van het honorarium van een op advies van de huisarts of de tandarts geraadpleegde specialist of kaakchirurg wegens een door hem verrichte behandeling en de bijkomende kosten.

11.4 Nierdialyse

Vergoeding van de kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als ten huize van de verzekerde.

11.5 Verloskundige hulp en kraamzorg

11.5.1 Bevalling en kraambed in een ziekenhuis of kraaminrichting (medisch noodzakelijk)

Indien en voor zover verblijf in een ziekenhuis of kraaminrichting medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van:

- de kosten van opname tot maximaal tien dagen; hierbij geldt als maximumuitkering voor dekking A € 907,56 per verpleegdag en voor dekking B € 453,78 per verpleegdag;
- de door het ziekenhuis of kraaminrichting in rekening gebrachte bijkomende kosten;
- het honorarium voor verloskundige hulp (inclusief voor en nazorg) in rekening gebracht door de specialist, verloskundige of huisarts.

11.5.2 Bevalling en kraambed in een ziekenhuis of kraaminrichting (niet medisch noodzakelijk)

Indien de bevalling en het kraambed in een ziekenhuis of kraaminrichting plaatsvinden zonder medische noodzaak, bestaat voor moeder en haar kind, met ingang van de dag van de bevalling aanspraak op vergoeding van:

- de kosten van opname tot maximaal vier dagen; hierbij

geldt als maximumuitkering voor dekking A € 907,56 per verpleegdag en voor dekking B € 453,78 per verpleegdag;

- de door het ziekenhuis of kraaminrichting in rekening gebrachte bijkomende kosten;
- het honorarium voor verloskundige hulp (inclusief voor en nazorg) in rekening gebracht door de specialist, verloskundige of huisarts;

11.5.3 Poliklinische bevalling of thuisbevalling

Indien de bevalling poliklinisch of thuis plaatsvindt bestaat aanspraak op vergoeding van:

- de kosten in rekening gebracht door het ziekenhuis of kraaminrichting;
- het honorarium voor verloskundige hulp (inclusief voor en nazorg) in rekening gebracht door de specialist, verloskundige of huisarts;

11.5.4 Kraamzorguitkering

Vergoeding

- Een kraamzorguitkering van € 568,-
- Als binnen tien dagen, met ingang van de dag van geboorte, een ziekenhuisopname plaatsvindt, dan wordt voor iedere gedeclareerde verpleegdag € 56,80 in mindering gebracht op de kraamzorguitkering. De dag van ontslag wordt niet in mindering gebracht op de kraamzorguitkering.

Voorwaarden

- De toekomstige kraamvrouw is op de dag van geboorte verzekerd.

11.5.5 Opname baby in een ziekenhuis zonder medische noodzaak

Indien een baby borstvoeding krijgt en daarom in verband met verpleging van de moeder in een ziekenhuis moet verblijven, worden ook de verpleegkosten voor de baby vergoed tot de baby de leeftijd van drie maanden heeft bereikt.

11.6 Fertiliteitbevorderende behandeling

In afwijking van het in artikel 6.12 gestelde worden de kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en van kunstmatige inseminatie vergoed.

11.7 Sterilisatie en abortus

De hieraan verbonden medische kosten worden vergoed, mits de behandeling door een specialist plaatsvindt in een ziekenhuis. Bij sterilisatie van de man wordt vergoeding van de kosten verleend tot ten hoogste het bedrag dat verschuldigd zou zijn geweest bij een poliklinische behandeling.

11.8 Ziekenvervoer

Medisch noodzakelijk ziekenvervoer zoals vermeld in artikel 1.26, met een maximum van € 226,89 per ziektegeval.

11.9 Huisartsenhulp

Het honorarium verschuldigd aan de huisarts voor consulten en visites wegens geneeskundige behandeling, de kosten van laboratorium- en röntgenonderzoeken electrocardiogram en kleine chirurgische ingrepen voor zover deze niet reeds zijn begrepen in het consulttarief.

11.10 Behandeling door een beoefenaar van alternatieve geneeswijze

Vergoeding van het honorarium van een beoefenaar van alternatieve geneeswijzen voor consulten wegens geneeskundige behandeling tot maximaal tien consulten of behandelingen per verzekerde per kalenderjaar tot een maximum van € 22,69 per consult of behandeling.

11.11 Farmaceutische zorg

11.11.1 De kosten van geneesmiddelen worden vergoed mits afgeleverd op voorschrift van een huisarts, tandarts, verloskundige, specialist of kaakchirurg door een apotheek of apotheekhoudend huisarts, mits deze

geneesmiddelen genoemd worden in het door de Nederlandse overheid vastgestelde Geneesmiddelen-vergoedingssysteem (GVS). Dit betekent dat wanneer de bestanddelen van een geneesmiddel niet onder het GVS vallen, dit geneesmiddel niet voor vergoeding in aanmerking komt.

11.11.2 Per voorschrift worden de geneesmiddelen maximaal vergoed voor een periode van:

- vijftien dagen, indien het een voor de verzekerde nieuwe medicatie betreft;
- vijftien dagen, indien het geneesmiddel ter bestrijding van acute aandoeningen met antibiotica of chemotherapeutica betreft;
- een maand in overige gevallen;
- drie maanden, indien het geneesmiddelen betreft ter behandeling van chronische ziekten (waaronder insuline - met uitzondering van hypnotica, anxiolytica of eetlustremmende geneesmiddelen);
- een halfjaar, indien het orale anticonceptiva betreft;

11.11.3 De kosten van dieetpreparaten worden vergoed na toestemming vooraf door De Amersfoortse.

Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige passagestoornis, een ernstige resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis.

11.11.4 Verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is. Vooraf dient toestemming verleend te worden door De Amersfoortse.

11.12 Tandheelkundige hulp

11.12.1 Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 21 jaar

Vergoeding van de kosten van de behandeling door een tandarts, tandprotheticus of een dienst voor jeugdtandverzorging, waaronder begrepen de door deze in rekening gebrachte techniekkosten, tot een maximum van € 340,34 per verzekerde per kalenderjaar. Deze dekking eindigt per één januari volgend op de dag dat de 21-jarige leeftijd wordt bereikt.

11.12.2 Tandheelkundige hulp aan verzekerden met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap

Indien ten gevolge van een lichamelijke en/of verstandelijke handicap een langere dan de gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is de vergoeding zoals vermeld bij artikel 11.12.1 niet van toepassing. Na vooraf verleende goedkeuring door de verzekeraar vindt vergoeding van de kosten plaats onder de door de verzekeraars gestelde voorwaarden.

Het aanvraagformulier voor de toestemming wordt op verzoek door de verzekeraar verstrekt.

11.12.3 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Volledige vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Een nadere omschrijving is vastgelegd in een uniforme regeling. Deze regeling maakt deel uit van deze polisvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. In deze regeling is onder meer bepaald dat vooraf toestemming verleend dient te zijn door De Amersfoortse, aan welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden verbonden.

11.13 Kaakchirurgische behandeling

11.13.1 Bij ziekenhuisopname vergoeding van kosten overeenkomstig het bepaalde in artikel 11.1.

11.13.2 Bij niet-klinische behandeling, vergoeding van

kosten, met dien verstande dat voor specialistische behandeling, kaakchirurgische behandeling gelezen moet worden.

11.14 Kaakorthopedische behandeling

Vergoeding van de kosten van kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatoo- en/of palatoschisis).

11.15 Orthodontische hulp

Orthodontische hulp ten behoeve van verzekerden jonger dan 21 jaar: Vergoeding van maximaal € 1.361,35 van de kosten per verzekerde jonger dan 21 jaar, voor de gehele duur van de verzekering.

11.16 Fysiotherapie

Vergoeding van de kosten van maximaal negen behandelingen fysiotherapie per indicatie op voorschrift van de huisarts of specialist. Indien daartoe geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of specialist, bestaat recht op vergoeding voor nogmaals negen behandelingen fysiotherapie. Hiervoor is vooraf toestemming van De Amersfoortse noodzakelijk, waarbij nadere voorwaarden kunnen worden gesteld. Niet voor vergoeding in aanmerking komen de kosten van zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie.

11.17 Logopedie

Volledige vergoeding van de kosten van ten hoogste negen behandelingen per verzekerde per kalenderjaar, op voorschrift van een huisarts of specialist, door een logopedist. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van dyslexie (tenzij er sprake is van logopedische problemen van medische aard) en van taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect en/of anderstaligheid.

11.18 Nietklinische psychiatrische behandeling

Vergoeding van maximaal € 907,56 van de kosten, voor de gehele duur van de verzekering.

11.19 Revalidatie

11.19.1 Vergoed worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:

- deze hulp voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat;
- de verzekerde met die hulp in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

11.19.2 Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie (opname). Op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meer-daagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- in een poliklinische situatie (deeltijd- of dag-behandeling). Een en ander altijd in een erkend centrum voor revalidatie. Vergoeding van de kosten als hierboven vermeld, vindt uitsluitend plaats wanneer door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is gevraagd voor opname en/of behandeling en wanneer De Amersfoortse als bewijs van zijn toestemming aan de instelling een garantieverklaring verstrekt. De aanvraag voor toestemming dient vergezeld te zijn van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines

alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

11.19.3 Revalidatie van hartpatiënten
Vergoeding van de kosten voor ingangstest, training en uitgangstest.

11.20 Hulpmiddelen

Vergoeding van de kosten volgens de regeling
Hulpmiddelen zoals omschreven in artikel 12.

11.21 Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van hulp in een centrum voor erfelijkheids-
onderzoek, in een door de bevoegde overheidsinstantie
erkende instelling voor de toepassing van klinisch
genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.
De hulp omvat:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboononderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek en DNA -onderzoek;
- de erfelijkheidsadviesing en de met deze hulp verband houdende psychosociale begeleiding. Indien noodzakelijk voor het advies aan een verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde; aan hen kan dan tevens adviesing plaatsvinden.

11.22 Audiologische hulp

De kosten van hulp door een - daartoe door een bevoegde overheidsinstantie erkend - audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-neus-oorarts.

12 Regeling hulpmiddelen

Deze regeling is een uitwerking van artikel 11.20 van de polisvoorwaarden Buitenlandverzekering.

12.1. Rechten van de verzekerde

De verzekerde heeft krachtens de polis recht op de vergoeding van de aanschaf van de in deze regeling genoemde hulpmiddelen, indien daartoe geïndiceerd een nadere verbijzondering van de medische indicaties per hulpmiddel is opgenomen in hoofdstuk 4 van deze regeling en maakt derhalve onderdeel uit van de regeling. De regeling heeft een limitatief karakter. Dit houdt in dat hulpmiddelen die niet vermeld zijn in deze regeling niet voor vergoeding in aanmerking komen. Met betrekking tot de aflevering van de hulpmiddelen geldt dat deze veelal gebruiksklaar worden afgeleverd (dat wil zeggen indien van toepassing inclusief eerste aanschaf van batterijen en/of oplaadapparatuur).

12.2. Algemene bepalingen

12.2.1 Machtigingen

- voor aanschaf, vervanging, correctie of herstel van de betrokken middelen is voorafgaande toestemming van de verzekeraar vereist, tenzij in dezen door de verzekeraar anders is bepaald;
- het verzoek om toestemming dient tijdig en vooraf door de verzekerde te worden ingediend:
- vergezeld van een schriftelijke, gemotiveerde toelichting van de behandelend arts, behandelend medisch specialist of het audiologisch centrum (voor gehoorhulpmiddelen) waaruit blijkt dat er sprake is van een in hoofdstuk 4 opgenomen indicatie;
- vergezeld van een prijsopgave van de leverancier bij de eerste aanschaf, tenzij door de verzekeraar anders wordt bepaald.
- de verzekeraar kan bij de toestemming, na eventueel advies bij de behandelend arts en leverancier te hebben ingewonnen, soort en materiaal van het middel aangeven waarvoor vergoeding wordt verleend. Tevens kunnen aan de toestemming nadere voorwaarden door

De Amersfoortse worden gesteld.

- indien er bijzondere redenen zijn van medische aard kan de verzekeraar toestemming geven voor de aanschaf van speciaal vervaardigde middelen. De verzekerde dient een dergelijk verzoek, voorzien van medische motivatie en een gespecificeerde prijsopgave tijdig en vooraf bij de verzekeraar in te dienen.

- de verzekeraar verleent geen toestemming indien de aanschaf, vervanging, correctie of herstel van een middel redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd dan wel niet doelmatig is. De verzekeraar deelt zijn beslissing schriftelijk mee aan de verzekerde.

- het middel dient te worden geleverd door een erkende leverancier.

Indien naar het oordeel van de verzekeraar de verzekerde redelijkerwijs niet langer op het gebruik van de middelen is aangewezen kan de verleende toestemming worden ingetrokken.

Bij de beoordeling van de aanvraag zal het behoud, het herstel of de bevordering van de arbeidsgeschiktheid of verbetering van de levensomstandigheden van de verzekerde in de beschouwing worden betrokken.

Geen toestemming voor vergoeding van de kosten van de hulpmiddelen zal worden verleend indien het hulpmiddel uitsluitend is bestemd voor het gebruik op de werkplek of ten behoeve van onderwijsvoorzieningen.

12.2.2 Vervanging.

De verzekerde is gehouden het hem in eigendom verschaft middel goed te verzorgen. Toestemming voor vervanging van een eerder in eigendom verstrekt middel binnen de in deze regeling gestelde termijnen wordt slechts verleend, indien de verzekerde niet beschikt over een adequaat hulpmiddel. Indien door toerekenbare onachtzaamheid van de verzekerde schade aan het hulpmiddel ontstaat kan De Amersfoortse bij verschaffing van een vervangend hulpmiddel een bijdrage verlangen, door De Amersfoortse vast te stellen. Indien het hulpmiddel door bijvoorbeeld normale slijtage niet meer gebruikt kan worden, komt ook de vervanging van dit middel voor vergoeding in aanmerking. De gebruiksduur van een middel kan per persoon echter sterk variëren. Een verzoek tot vervanging dient gemotiveerd door de verzekerde te worden gemotiveerd (behalve in geval van verbruiksartikelen zoals bijvoorbeeld wegwerpinjectie-naalden, verzorgingsmiddelen en incontinentie-materialen).

12.2.3 Reserve.

Er worden geen reservehulpmiddelen vergoed.

Vergoeding van reservehulpmiddelen vindt uitsluitend dan plaats, wanneer het leven van de verzekerde in geding is, dan wel diens gezondheidstoestand ernstig wordt geschaad bij het ontbreken van een reservehulpmiddel.

12.3. Lijst van hulpmiddelen

Voor (gedeeltelijke) vergoeding komen de volgende hulpmiddelen in aanmerking:

12.3.1.1 Prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet.

- Prothesen voor schouder, arm, hand, al dan niet bekrachtigd. De aanvraag voor toestemming voor een bekrachtigd apparaat dient tevens vergezeld te gaan van een verklaring van de behandelend arts, waaruit blijkt dat de verzekerde de besturing van de prothese in voldoende mate beheerst;
- algemeen gangbare hulp- en aanzetstukken voor arm-prothesen (maximaal zes);
- prothesen voor been en/of voet.

12.3.1.2 Mammaprothesen.

- Gebruiksklare (al of niet vloeistofhoudende) prothese voor uitwendige toepassing. Zwemprothesen en plakstrips van de mammaprothese komen niet voor vergoeding in aanmerking. Maximaal wordt vergoed:

- € 46,97 voor een vloeistofhoudende prothese;
- € 180,38 voor een nietvloeistof-houdende prothese;
- een afzonderlijk vervaardigde prothese.

12.3.1.3 Gelaatsprothesen.

Een ten behoeve van de verzekerde afzonderlijk vervaardigde prothese ter bedekking van het gelaat, de kaak daaronder begrepen, of een gedeelte ervan, neus en oorschelpen daarbij inbegrepen.

12.3.1.4 Oogprothesen.

- volledige oogprothese bij het ontbreken van de oogbol;
- een scleraschaal of lens, al dan niet voorzien van een ingekleurde iris en pupil en al dan niet met visuscorrectie, bij een ernstig misvormd oog of na traumatische veranderingen van het oog. Brillen en contactlenzen zijn geen oogprothesen.

12.3.1.5 Orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals.

- corsetten voor afwijkingen aan de wervelkolom, minimale

gebruiksduur: Twee jaar;

- orthopedische beugelapparatuur, minimale gebruiksduur twee jaren;
- verstevigde spalk, redressie- of correctie-apparatuur waarop de verzekerde langdurig is aangewezen, waarbij de versteviging een functioneel onderdeel vormt van de orthese en een therapeutische meerwaarde heeft ten opzichte van een niet verstevigde orthese. Minimale gebruiksduur twee jaar. Hierop bestaat geen aanspraak indien er sprake is van preventief gebruik in verband met het beoefenen van een sport.

- schedelbeschermingskappen;

- trachea canules;

- stemprothesen en spraakversterkers, al dan niet gecombineerd;

- breukbanden, minimale gebruiksduur: één jaar;

- orthopedisch schoeisel, waarvoor bij de aanvraag een schriftelijke toelichting van een orthopedisch chirurg of revalidatie-arts noodzakelijk is. Hieronder wordt verstaan:

- volledig individueel vervaardigd orthopedisch maat-schoeisel. Aanspraak bestaat alleen indien niet volstaan kan worden met semiorthopedisch schoeisel of een voorziening aan confectieschoenen;
- semi-orthopedisch schoeisel met individuele aanpassing,
- volledig individueel vervaardigde binnenschoenen.

Voor orthopedisch schoeisel geldt een eigen bijdrage van € 52,64 voor verzekerden tot zestien jaar en € 105,05 voor verzekerden van zestien jaar en ouder (met uitzondering van volledig individueel vervaardigde binnenschoenen). De minimale gebruiksduur bij de leeftijd van zestien jaar en ouder is vijftien maanden; bij de leeftijd jonger dan zestien jaar: negen maanden.

- orthopedische voorzieningen aan confectieschoeisel, tenzij het uitsluitend een verhoging betreft van de gehele buitenzool van minder dan drie centimeter. Vergoed worden de kosten van de aanpassing, dus niet het schoeisel.

12.3.1.6 Gezichtshulpmiddelen.

- brillenglazen en contactlenzen bij vervanging op medische indicatie binnen twaalf maanden na een eerdere aanschaf;
- bandagelenzen (zonder visuscorrigerende werking);
- bijzondere optische hulpmiddelen voor rechtstreekse waarneming.

12.3.1.7 Gehoorhulpmiddelen.

12.3.1.7.1 Electro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik in gewone dan wel bijzondere uitvoering, bestemd om op of aan het menselijk lichaam te worden gebezigd ter verbetering van een gestoord gehoor, alsmede de zogenaamde gehoorlepels en gehoorslangen die het geluid via mechanische weg versterken. Voor de oorstukjes bedraagt de minimale gebruiksduur bij de leeftijd van zestien jaar en ouder: dertig maanden en voor de leeftijd jonger dan zestien jaar: twaalf maanden.

- De electro-akoestische hoortoestellen worden niet eerder vervangen dan vijf jaar na de verstrekking.

- Bij een eerste verstrekking en bij vervanging van een hoortoestel dat door de verzekerde nog geen zesjaar is gebruikt, geldt een maximumvergoeding van € 453,78;

- Indien de verzekerde het te vervangen hoortoestel langer dan zesjaar, maar korter dan zeven jaar heeft gebruikt, geldt een maximumvergoeding van € 544,54;

- Bij gebruik van zeven jaar of langer geldt een maximumvergoeding van € 635,30;

Onder een bijzondere uitvoering van een electro-akoestisch hoortoestel wordt uitsluitend verstaan:

- cros-uitvoering,

- bicros-uitvoering,

- beengeleider-uitvoering, met één ingebouwde microfoon en twee aansluitingen,

- beengeleider-uitvoering, met één ingebouwde microfoon, één uitwendige microfoon en één aansluiting.

Toestemming voor de aanschaf, wijziging of vervanging van een hoortoestel in cros-, bicros of beengeleider, opgenomen in een brilmontuur wordt slechts verleend indien naar het oordeel van de verzekeraar het behoud, het herstel of de bevordering van de arbeidsgeschiktheid of de verbetering van de levensomstandigheden van de verzekerde, het gebruik van een ander hoortoestel in een ander model redelijkerwijs niet toelaat;

- 12.3.1.7.2 Ringleidingen, bestaande uit snoer en versterker met eventueel een tafelmicrofoon dan wel infrarood-apparatuur voor geluidsoverdracht, bestaande uit een ontvanger en een zender al dan niet met inductiespoel of hoofdtelefoon in kinbeugel uitvoering, eveneens met één tafelmicrofoon. Maximale vergoeding: € 185,83;

- 12.3.1.7.3 Maskeerders ter behandeling van ernstig oorsuizen (inclusief oorstukjes, zo vaak als nodig).

Toestemming wordt slechts verleend indien uit een schriftelijke verklaring van een audiologisch centrum blijkt dat een proefperiode succesvol is verlopen. Maximale vergoeding: € 303,58.

12.3.1.8 Verzorgingsmiddelen.

- urine-opvangzakken met de noodzakelijke hulpstukken ter bevestiging aan het been of bed;

- voorzieningen voor stomapatiënten (verstrekke hoeveelheid per aflevering voor twee maanden);

- systemen ter bevestiging op een stoma voor de opvang van faeces of urine, bestaande uit opvangzakjes en kleefplaten, en daarbij benodigde hulp- en verbindingsstukken, opvulmaterialen, stomapluggen en stomapleisters tot het maximum zoals aangegeven in onderstaand schema;

- afdekpleisters en catheters bestemd voor een continentiestoma tot het maximum, aangegeven in onderstaand schema;

- noodzakelijke huidbeschermende zalven of crèmes niet zijnde geneesmiddelen;

- stomabeschermers voor gelaryngectomeerden, niet

zijnde verbandmiddelen;
 - stompkousen (maximaal vier per type stompkous per aflevering);
 - catheters, al dan niet met toebehoren;
 - incontinentie-absorptiematerialen, alsmede de noodzakelijke voorlichting aan de verzekerde over het doelmatig gebruik van materialen. Aanspraak hierop bestaat vanaf de leeftijd van vijf jaar. Vanaf de leeftijd van drie jaar bestaat aanspraak indien er sprake is van een niet-fysiologische vorm van incontinentie.
 Verstreckte hoeveelheid per aflevering voor maximaal één maand:

- wegwerpluiers en wegwerpluierbroeken voor incontinentie, alsmede bedbeschermende onderleggers met een afmeting van ten minste 60 x 60 cm, tot een gezamenlijk maximum van 455 stuks per drie maanden.;
 - wasbare inlegluiers en luierbroeken voor incontinentie
 - anaaltampons;
 - spoelapparatuur voor anaal spoelen, al dan niet met toebehoren;
 - drukpakken ter behandeling van brandwonden.
 Gebruiksnormen stomaverzorgingsmiddelen Colostoma
 - tweedelig, maximaal vier plakken per week/maximaal vier zakjes per dag.
 - eendelig, maximaal vier zakjes per dag.

Irrigatie

- spoelsets, eerste jaar maximaal twee spoelsets, voorts maximaal één spoelset per jaar.

- spoelpomp:

- minimale gebruikstermijn drie jaar;
 - maximaal één irrigatiesleeve per dag;
 - na elke spoelbeurt kunnen maximaal twee stomapleisters of colostomiezakjes worden gebruikt.

Stomapluggen

- tweedelig: maximaal één plak en vier pluggen per dag;
 - eendelig: maximaal twee zakjes per dag.

Ileostoma

- tweedelig: maximaal vier plakken per week/maximaal twee zakjes per dag;
 - eendelig: maximaal twee zakjes per dag.

Continentiestoma

- afdekpleisters en catheters: twee tot zes per dag afhankelijk van voorschrift.

De vermelde maximum aantallen kunnen worden verhoogd met toestemming van verzekeraar en op voorschrift van een stomaverpleegkundige of behandelend arts, indien er sprake is van een geïrriteerde of geïnfecteerde huid rond de stoma of indien de verzekerde niet ouder is dan achttien jaar.

12.3.1.9 Pessaria en spiraaltjes:

- pessaria, voor anticonceptionele doeleinden op medisch voorschrift;

- koperhoudende spiraaltjes, op medisch voorschrift

12.3.1.10 Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen.

De verzekerde dient op de middelen langdurig te zijn aangewezen om te kunnen lopen en er kan niet worden volstaan met een eenvoudiger hulpmiddel.

De middelen zijn:

- krukken;
 - loophulpen met drie of vier poten;
 - looprekken;
 - rollators;
 - loopwagens;
 - serveerwagens;
 - blindentaststokken.

De middelen worden niet eerder vervangen dan zeven jaren na de verstrekking, met uitzondering van blinden-

taststokken waarvoor drie jaren van kracht is.

12.3.1.11 Pruiken

Haarwerken ter gehele of gedeeltelijke vervanging van het haar. Maximale vergoeding tot €252,31.

12.3.1.12 Injectiespuiten en -pennen en toebehoren.

12.3.1.13 Elastische kousen.

Hieronder wordt verstaan tenminste tot de knie strekkende vlakbreikousen, rondbreikousen of elastische armkousen (al dan niet met handstuk), met elastische draden, die bij een circelvormige omvang 21 centimeter van het been vlak boven de enkel aldaar een druk van ten minste 33 hectopascal per vierkante centimeter uitoefenen, alsmede het aanmeten van de kous door de leverancier. De eerste verstrekking omvat één kous, dan wel één paar kousen voor de duur van drie maanden. Aanspraak op vervanging omvat twee kousen tegelijkertijd, dan wel twee paar kousen tegelijkertijd voor de duur van veertien maanden onder de voorwaarde dat een controlemeting heeft plaatsgevonden. De maximale vergoeding is afhankelijk van de soort en op te vragen bij De Amersfoortse.

12.3.1.14 Hulpmiddelen bij diabetes

- apparatuur voor het zelf afnemen van bloed. Vervanging niet binnen twee jaar na de verstrekking;

- de bij de apparatuur behorende lancetten tot maximaal het hieronder aangegeven aantal teststrips;

- bloedglucose-testmeter, voor het zelf bepalen van het glucosegehalte in het bloed, onder de voorwaarde dat aanspraak bestaat op teststrips tot een maximum als hieronder aangeduid. Vervanging van de testmeter niet binnen drie jaren na de verstrekking. De maximale vergoeding bedraagt €50,83;

- teststrips tot het aangegeven maximum aantal, alsmede de noodzakelijke voorlichting over doelmatig gebruik;

- voor diabeten die zijn uitbehandeld met orale bloedsuiker verlagende middelen en geïndiceerd zijn voor instelling op insuline: vijftig teststrips, alsmede met toestemming van De Amersfoortse en op voorschrift van de behandelend arts: vijftig extra strips;

- voor diabeten met een vastgesteld doseringsschema voor één tot twee insuline-injecties per dag: maximaal honderd teststrips per drie maanden;

- voor diabeten die op geleide van het bloedsuikergehalte drie of meer insuline-injecties per dag gebruiken, dan wel gebruik maken van een insulinepomp: maximaal vierhonderd teststrips per drie maanden. Indien sprake is van een zeer moeilijk op insuline instelbare vorm van diabetes kan De Amersfoortse, op voorschrift van de behandelend arts, toestemming geven voor het verstrekken van meer teststrips dan voornoemd;

- draagbare, uitwendige insuline-infuuspompen met toebehoren.

12.3.1.15 Apparatuur voor positieve uitademingsdruk.

- aangezichtsmaskers, dan wel

- mondstuk, met aanzetstukken bestaande uit een weerstandsbuis en een, in- en uitademingsweg scheidend, ademventiel. Deze middelen dienen om bij het uitademen een positieve druk te bewerkstelligen ter bevordering van de sputumproductie
 Maximale vergoeding € 117,08.

12.3.1.16 Draagbare uitwendige infuuspompen met toebehoren

12.3.1.17 Schoen voorzieningen niet zijnde orthesen.

- Verbandschoenen. Maximale vergoeding tot € 130,24.
 - Allergeenvrije schoenen.

Voor verzekerden van zestien jaar en ouder geldt een eigen bijdrage van €105,05 per paar.

Indien de aanschaffingskosten hoger zijn dan € 274,31 is de verzekerde tevens een bijdrage verschuldigd ter grootte van het verschil tussen de aanschaffkosten en de maximumvergoeding.

Voor verzekerden jonger dan zestien jaar geldt een eigen bijdrage van €52,64 per paar. Indien de aanschaffkosten hoger zijn dan € 221,91 is de verzekerde tevens een bijdrage verschuldigd ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en de maximumvergoeding.

12.3.1.18 Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding.

- niet-klinisch ingebrachte sondes met toebehoren;
- uitwendige voedingspompen met toebehoren;
- uitwendige toebehoren benodigd bij de toediening van parenterale voeding;
- eetapparaten.

Hieronder worden niet verstaan de kosten van voedingen of van genees- en verbandmiddelen.

12.3.1.19 Hulpmiddelen voor communicatie, informatie-voorziening en signalering.

Hieronder worden verstaan:

- computers met bijbehorende apparatuur voor lichamelijk gehandicapten;
- schrijfmachines voor gehandicapten;
- rekenmachines in een uitvoering, aangepast aan een lichamelijke handicap;
- invoer- en uitvoerapparatuur alsmede accessoires voor computers, schrijfmachines en rekenmachines, aangepast aan een lichamelijke handicap;
- computerprogrammatuur voor grootlettersystemen voor visueel gehandicapten;
- bladomslagapparatuur;
- cassette- en memorecorders voor visueel gehandicapten;
- spraakvervangende hulpmiddelen bij een ernstige spraakhandicap;
- signaleringsapparatuur en alarmeringssystemen;
- wek- en waarschuwinginstallaties ten behoeve van auditief gehandicapten;
- persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamelijk gehandicapten.

- telefoons en telefoonhulpmiddelen;
- hulpmiddelen voor het kiezen van telefoonnummers;
- telefoonhoornhouders;
- met omgevingsbesturingsapparatuur te bedienen telefoons;
- teksttelefoons dan wel faxapparatuur.

Voor faxapparatuur geldt een maximale vergoeding van € 90,76.

12.3.1.20 Allergeenvrije en stofdichte hoezen

- allergeenvrije en stofdichte matrashoezen, dekbedhoezen en kussenhoezen. In geval van een tweepersoonsbed bestaat aanspraak op één passende tweepersoonsset of op twee eenpersoonssets.

De middelen worden niet eerder vervangen dan tien jaren na de verstrekking.

12.3.2 Hulpmiddelen algemeen.

- zuurstofapparatuur of zuurstofconcentratoren met toebehoren;
- longvibrator;
- vernevelaar met toebehoren;
- hulpmiddelen voor continue positieve luchtdruk tijdens het ademen (CPAP-apparatuur) met toebehoren;
- televisieloupe;
- uitwendige electrostimulator tegen chronische pijn;
- solo-apparatuur met toebehoren;
- hoortoestel dat kan worden aangesloten op een te implanteren beengeleider (BAHA-hoortoestel);

- botgroeistimulator met toebehoren.

De schriftelijke toelichting van de behandelend specialist dient in geval van voorgenomen aanschaf van de televisieloupe en de uitwendige electrostimulator tegen chronische pijn tevens vergezeld te gaan van een verklaring van de behandelend specialist dat verzekerde bekend is met de toepassing van de voorziening en daarbij een verbetering bereikt, die niet op eenvoudiger wijze is te verkrijgen.

12.4. Medische indicaties

Vergoeding van de in deze regeling genoemde hulpmiddelen vindt uitsluitend plaats op grond van de per hulpmiddel vermelde medische indicaties: Mammaprothese (zie 12.3.1.2).

Indicatie voor een afzonderlijk vervaardigde mammaprothese:

- bij geheel of nagenoeg geheel ontbrekende borstklier;
- indien een gebruiksklaar verkrijgbare mammaprothese niet mogelijk dan wel redelijkerwijs niet verantwoord is.

Orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals (zie 12.3.1.5).

Indicatie voor:

- verstevigde spalk, redressie- of correctieapparatuur;
- er bestaat slechts aanspraak op een kniebrace, indien sprake is van een, al dan niet gecombineerd, letsel van de knie waarbij de kruisbanden of de collateraalbanden zijn gescheurd;
- schedelbeschermingskappen: indien sprake is van een schedeldefect of indien door frequente evenwichts- of bewustzijnsstoornis grote kans op vallen bestaat;
- orthopedisch schoeisel en orthopedische aanpassingen aan confectieschoenen:
 - a. bij ontbreken van delen van de voet, waarop bij gaan en staan wordt gesteund,
 - b. ernstige objectieveerbare anatomische afwijkingen en functiestoornissen van de voet (afwijkingen van de asstand in bovenste of onderste spronggewricht of andere steunende voetgewrichten; afwijkingen van de lengte-breedte-verhouding onder meer ten gevolge van arthrosis of artritis en afwijkingen ten gevolge van sensibiliteits- of circulatiestoornissen),
 - c. functioneel of anatomisch beenlengteverschil van vier centimeter of meer,
 - d. het dragen van bijzondere typen beugels of binnen-schoenen, waardoor een afwijkende voetvorm of functie ontstaat als aangegeven onder b. of c.,
 - e. bijzondere gevallen, na overleg met de verzekeraar.

Indicatie voor:

- vervanging van brillenglazen en contactlenzen;
- hoornvliesonregelmatigheden ten gevolge van keratoconus dan wel ten gevolge van littekens na hoorn-vliestransplantatie, na ontstekingen van de cornea (zoals bijvoorbeeld herpes) of na corneaperforatie;
- sterke graden van brekingsafwijkingen als regel van meer dan tien dioptrieën;
- bijzondere medische indicaties ter beoordeling van de verzekeraar;
- bandagelenzen:
- keratitis sicca en pemphigoid;
- keratitis bullosa;
- indolente cornea-ulceraties;
- cornea-etsingen;
- keratitis neuroparalytica;
- cornea-dystrophieën;
- status na cornea-operaties en cornea-traumata;
- bijzondere gevallen na overleg met de verzekeraar.

Een indicatie voor deze bandagelenzen is in alle gevallen slechts aanwezig, indien en voor zover van andere therapieën geen resultaat is verkregen of is te verwachten.

- bijzondere optische hulpmiddelen voor rechtstreekse waarneming;
- indien de verzekerde een dusdanig verlies van gezichtsvermogen heeft dat redelijkerwijs niet kan worden volstaan met bril of contactlenzen. Gehoorhulpmiddelen (zie 12.3.1.7).
- Indicatie voor:
 - electro-akoestische hoortoestellen:
 - voor één hoortoestel:
 - indien het drempelverlies van het audiogram van het beste oor ten minste 35 Db (verkregen door het gehoorverlies bij frequentie van 1.000, 2.000 en 4.000 Hz te middelen) bedraagt en indien het verstaan van spraak, in stilte aangeboden met normale sterkte (55 Db) door toepassing van het hoortoestel tenminste 20% toeneemt;
 - voor twee hoortoestellen:
 - indien de winst van spraakverstaanbaarheid ten minste 10% bedraagt ten opzichte van de aanpassing met één hoortoestel, dan wel;
 - het richting-horen wordt hersteld tot een hoek van 45 graden;
 - in bijzondere gevallen, na overleg met de verzekeraar.
- ringleidingen:
 - indien er sprake is van een toondrempel-verlies op het beste oor van 40 Db gemiddeld over 500, 1.000, 2.000 Hz (zogenoemde Fletcherindex) of 50 Db gemiddeld over 1.000, 2.000 en 4.000 Hz op het beste oor;
 - indien er volgens de meetmethode van Plomp sprake is van een hinderlijk verlies voor spraakverstaan in ruis van minimaal 3 Db, waarbij ermee rekening dient te worden gehouden dat dit met name bij jonge kinderen moeilijk of niet te meten is.

Verzorgingsmiddelen (zie 12.3.1.8).

- Indicatie voor:
 - wegwerpinlegluiers, wegwerpluierbroeken en wasbare inlegluiers en luierbroeken:
 - aanspraak bestaat vanaf de leeftijd van vijf jaren en indien sprake is van:
 - incontinentie voor faeces die langer bestaat dan twee weken;
 - incontinentie voor urine die langer bestaat dan twee maanden;
 - ter ondersteuning van bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining, ten laste van de verzekering, voor de behandeling van urine-continentie voor de duur van deze therapie;
 - ziektebeelden waarvan mag worden aangenomen dat incontinentie niet vanzelf geneest of waarbij bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining niet zullen helpen;
 - geen aanspraak bestaat indien sprake is van enuresis nocturna (nachtelijk bedplassen).
 - bedbeschermende onderleggers: indien het verlies van bloed, exsudaat, vocht, urine of faeces dusdanige hygiënische problemen oplevert dat deze slechts door het gebruik van bedbeschermende onderleggers kunnen worden ondervangen.
 - spoelapparatuur voor anaal spoelen indien er sprake is van ernstige problemen met de ontlasting ten gevolge van anatomische of functionele afwijkingen van darm of anus dan wel de zenuwvoorziening daarvan.
- Eenvoudig hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen (zie 12.3.1.10).
- Indicatie voor:

- krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken, rollators en loopwagens:
 - indien de verzekerde langdurig hierop is aangewezen om te kunnen lopen en niet volstaan kan worden met een eenvoudiger hulpmiddel en indien sprake is van:
 - evenwichtsstoornissen;
 - functiestoornissen van de onderste extremiteiten, al dan niet gepaard gaande met defecten, of,
 - stoornissen in het uithoudingsvermogen, dan wel vormen van lichamelijke zwakte, waarbij de verschaffing van een loophulpmiddel strekt tot behoud van de zelfredzaamheid of ter voorkoming van opname in een instelling.
 - serveerwagens: indien de verzekerde langdurig hierop is aangewezen en niet volstaan kan worden met een eenvoudiger hulpmiddel en indien sprake is van hand- of armfunctiestoornis, tenzij er tevens sprake is van een stoornis als hierboven vermeld.
- Pruiken (zie 12.3.1.11).
- Indicatie voor pruiken indien:
 - er sprake is van blijvende of langdurige, gehele of gedeeltelijke, kaalhoofdigheid ten gevolge van een ziekte of geneeskundige behandeling waardoor de verzekerde zodanige psychische bezwaren ondervindt, dat het gebruik van een haarwerk redelijkerwijs is aangewezen. Injectiespuiten en -pennen en toebehoren (zie 12.3.1.12).
- Indicatie:
 - indien er sprake is van aandoeningen die een langdurig gebruik van deze middelen noodzakelijk maken;
 - aanspraak op vergoeding van bedoelde middelen, in een op een handicap aangepaste uitvoering, bestaat indien de verzekerde ten gevolge van een ernstige motorische handicap, dan wel een verminderd gezichtsvermogen, redelijkerwijs niet kan volstaan met een injectiespuit of pen in een niet-aangepaste uitvoering.
- Elastische kousen (zie 12.3.1.13).
- Geen aanspraak op vergoeding van elastische kousen bestaat in geval van nabehandeling van het verwijderen van spataderen.
- Hulpmiddelen bij diabetes (zie 12.3.1.14).
- Algemene indicatie: suikerziekte die met insuline wordt behandeld;
 - draagbare, uitwendige- insuline-infuuspomp met toebehoren voor Coninue Subcutane Insuline Injectie (CSII) is geïndiceerd bij:
 - patiënten bij wie optimale zelfregulatie bloedsuikerwaarden bij herhaling onaanvaardbare schommelingen vertonen: schommelingen groter dan 10 mmol/l of bij wie geen HbA1c-gehalte van minder dan 10% of een HbA1c-gehalte van minder dan 8% bereikt kan worden;
 - patiënten bij wie ondanks goede gemiddelde instelling en zelfregulatie geregeld hypoglycaëmiën optreden;
 - patiënten bij wie goede gemiddelde instelling slechts kan worden bereikt door drie of meer injecties per dag;
 - diabetica die zwanger wil worden of in verwachting is en bij wie met maximaal twee injecties per dag geen optimale gemiddelde instelling kan worden bereikt ondanks goede instructie, motivatie en begeleiding;
 - diabetici met pijnlijke en progressieve neurotherapie, indien optimale zelfregulatie niet tot voldoende verbetering leidt;
 - jeugdige diabetici met groeistoornissen of verlate puberteit, indien optimale zelfregulatie niet tot voldoende verbetering leidt;
 - bij niet hierboven genoemde patiënten, slechts na uitdrukkelijk overleg tussen behandelend specialist en verzekeraar (bijvoorbeeld status na niertransplantatie en

na eventuele aandoeningen waarbij optimale instelling noodzakelijk is, welke niet zonder CSII kan worden bereikt).

Draagbare uitwendige infuuspompen (zie 12.3.1.16).

Indicaties:

- toediening van opiaten ter behandeling van pijn die niet op een andere wijze kan worden bestreden;
- toediening van gammaglobuline
- toediening van desferoxamine bij iatrogene haemosiderose en haemochromatose als gevolg van thalassemie, andere vormen van anemie en in enkele gevallen van ernstige nefropatie waarbij chronische transfusies nodig zijn;
- toedoening van gonadoreline ter behandeling van hypothalame amenorrhoe en anovulatie;

Schoenvoorzieningen, niet zijnde orthesen (zie 12.3.1.17).

Indicatie voor:

- verbandschoenen;
- in geval van huiddefecten, huidulcera, sensibiliteits- en circulatiestoornissen aan de voet, alsmede in de herstelperiode na partiële amputaties, traumatische beschadigingen of operatieve ingrepen aan de voet.
- allergeenvrije schoenen;
- indien er sprake is van een door de huisarts vastgestelde allergie.

Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding (zie 12.3.1.18).

Indicatie:

- indien het gebruik om medische redenen is aangewezen.
- Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering (zie 12.3.1.19).

Indicatie voor:

- computers met bijbehorende apparatuur voor lichamelijk gehandicapten: indien de lichamelijk gehandicapte voor communicatie of bediening van huishoudelijke hulpmiddelen geheel of nagenoeg geheel op deze middelen is aangewezen;
- schrijfmachines voor gehandicapten: indien de lichamelijk gehandicapte voor het onderhouden van maatschappelijke contacten (nagenoeg) op deze middelen is aangewezen; - teksttelefoons en fax-apparatuur: indien er sprake is van een toondrempelverlies op het beste oor van 70 dB gemiddeld over 500, 1.000, 2.000 en 4.000 HZ of indien het verstaan van spraak, in stilte aangeboden met normale sterkte (55dB), zelfs door toepassing van een hoortoestel met het beste oor niet meer bedraagt dan 50% of indien er sprake is een bijzonder geval, na overleg met de verzekeraar;
- wek- en waarschuwingsinstallaties: indien er sprake is van een toondrempelverlies op het beste oor van 60 dB gemiddeld over 500, 1.000, 2.000, 4.000 Hz, of in bijzondere gevallen na overleg met de verzekeraar;
- de persoonlijke alarmeringsapparatuur voor lichamelijk gehandicapten, indien de lichamelijk gehandicapte in een verhoogde risicosituatie verkeert.

Allergeenvrije en stofdichte hoezen (zie 12.3.1.20).

Indicatie:

- Indien uit de resultaten van laboratoriumonderzoek of een huidtest blijkt dat er sprake is van een allergie voor uitwerpselen van huisstofmijt.

Solo-apparatuur (zie 12.3.2.).

Indicatie:

- indien sprake is van een toondrempelverlies op het beste oor van 40 dB gemiddeld over 500, 1000, 2000 Hz (zogenaaamde Fletcher-index), of 50 dB gemiddeld over 1000, 2000 en 4000 Hz op het beste oor, of

- indien er volgens de meetmethode van Plomp sprake is van een hinderlijk verlies voor spraakverstaan in ruis van minimaal 3 dB, waarbij rekening dient te worden gehouden dat dit met name bij jonge kinderen moeilijk te meten is. De apparatuur kan slechts verstrekt worden indien de verzekerde:

- de apparatuur gebruikt voor het volgen van her- of bijscholing, dan wel niet tot het reguliere onderwijs behorende beroepsopleidingen (klassikaal of groepsverband) volgt of,
- voor het volgen van regulier onderwijs of,
- voor het volgen van speciaal onderwijs (klassikaal of groepsverband) dat niet specifiek gericht is op doven en slechthorende leerlingen of,
- de apparatuur gebruikt voor het volgen van speciaal onderwijs (klassikaal of groepsverband) dat niet specifiek gericht is op dove en slechthorende leerlingen of,
- de apparatuur gebruikt tijdens het op medisch noodzakelijke gronden ondergaan van een groepsgewijze therapeutische behandeling of,
- de apparatuur gebruikt bij het in gestructureerd en georganiseerd verband verrichten van betaalde of niet betaalde werkzaamheden. Het is ter beoordeling van het uitvoeringsorgaan of in deze situatie solo-apparatuur kan worden verstrekt.

CPAP-apparatuur (zie 12.3.2.).

Een indicatie is aanwezig, indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- er is sprake van een klinisch relevant obstructief slaap-apnoe syndroom. Dit is het geval als sprake is van hinderlijke klachten overdag die potentieel toe te schrijven zijn aan het obstructief slaap-apnoe syndroom (OSAS). Voorbeelden zijn vergrote slaperigheid en moeheid overdag, concentratiestoornissen, stemmingsstoornissen en verhoogde prikkelbaarheid. Bovendien moet de diagnose OSAS bij polysomnografisch onderzoek zijn bevestigd. Dit is het geval als er sprake is van een apnoe-hypopneu index (AHI) groter dan of gelijk aan vijftien, of een apnoe index (AI) groter dan tien, of een respiratoire arousal index (RAI) groter dan tien. Bij hoge pretest waarschijnlijkheid op OSAS is polygrafie voldoende. De polygrafie dient dan minimaal te bestaan uit meting van het ademhalingspatroon, zuurstofsaturatie, snurkgeluid en slaaphouding.
- aanspraak op CPAP-apparatuur met verlaagde expiratedruk bestaat indien er sprake is van OSAS en voor de behandeling van de verzekerde CPAP met een druk van meer dan vijftien centimeter H₂O noodzakelijk is, maar door de verzekerde niet goed wordt verdragen.
- conservatieve maatregelen zijn of worden nagestreefd. Het gaat hierbij met name om gewichtsafname, neusdoorgankelijkheid-verbeterende maatregelen en verbetering van de slaaphygiëne (onder meer het vermijden van het gebruik van tabak of alcohol voor de nachtslaap en het vermijden van slapen in rugligging);
- er moet sprake zijn van een succesvolle proef-aanpassing. Dat wil zeggen: er is afdoende verbetering van de polysomnografische en klinische afwijkingen tijdens CPAP-behandelingen geconstateerd en er is sprake van acceptatie van de CPAP-behandeling door de patiënt.
- Botgroeistimulator met toebehoren (zie 12.3.2.). Aanspraak bestaat indien sprake is van een botbreuk die na zes maanden nog niet is genezen en door de botgroeistimulatie een chirurgische ingreep wordt voorkomen.

13 Klachten

Op deze verzekering is Nederlands recht van toepassing.

Voor klachten naar aanleiding van deze verzekering kan verzekeringnemer zich wenden tot:

- de afdeling Cliëntenservice van De Amersfoortse,

telefoon (033) 464 25 55 of e-mail:

clientenservice@amersfoortse.nl

- Stichting Klachteninstituut Verzekeringen,

postbus 93560, 2509 AN Den Haag,

Telefoon (070) 333 899 90