

Deel B

Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Benefit 2009

Indien aanspraken bestaan op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de ONVZ Vrije Keuze Benefit een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde kosten van behandelingen door zorgverleners en andere genoemde kosten volgens wettelijke of marktconforme bedragen.

Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

Artikel 1 Verloskundige zorg en kraamzorg

De vrouwelijke verzekerden hebben bij zwangerschap recht op een kraampakket (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Benefit).

Artikel 2 Paramedische zorg

Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

- lid 1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie
De kosten van zorg verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar tot maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

De kosten van de onderstaande behandelingen worden vergoed tot een gezamenlijk maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar, mits voorgeschreven door de behandelend huisarts of specialist:

- lid 2 Orthoptische zorg
De zorg verleend door een orthoptist.
- lid 3 Chiropractie
De zorg verleend door een chiropractor.
- lid 4 Osteopathie
De zorg verleend door een osteopaat.

Artikel 3 Farmaceutische zorg

- lid 1 De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed tot een maximum van € 4.540,- per verzekerde per kalenderjaar:
- de kosten van geregistreerde geneesmiddelen, welke niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de verzekeraar;
 - de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van geneesmiddelen op grond van het Reglement Farmaceutische zorg van de verzekeraar;
 - de kosten van verbandmiddelen die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende zorg.

- lid 2
1. Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten van:
 - de middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel;
 - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen;
 - zelfzorggeneesmiddelen;
 - anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap), tenzij sprake is van een medische noodzaak;
 - geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteits- en kunstmatige voortplantingstechnieken.
 2. De verzekeraar heeft de bevoegdheid te bepalen dat slechts vergoeding wordt verleend voor een door de verzekeraar aangewezen onderling vervangbaar geregistreerd geneesmiddel. Indien het echter niet medisch verantwoord is de verzekerde het aangewezen geneesmiddel te verstrekken, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof.

Artikel 4 Alternatieve geneeswijzen

De kosten van het consulteren van of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent. De vergoeding bedraagt maximaal € 27,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag, maximaal 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 5 Vaccinaties

50% van de kosten van de volgende vaccinaties tegen Hepatitis A en B, DTP, Gele koorts, Typhus, Cholera, Meningococci wegens verblijf in het buitenland. Vergoed wordt tot een maximum van € 91,- per verzekerde per kalenderjaar.

Artikel 6 Eigen bijdragen hulpmiddelen

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde verschuldigd is op basis van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.onvz.nl.

Artikel 7 Overige hulpmiddelen

- lid 1 **Bewakingsapparatuur wiegendood**
De kosten van huur van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, mits op verwijzing van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 2 **Rolstoelen/Invalidenwagens**
De kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens als het gebruik medisch noodzakelijk is. Op deze vergoeding kan geen aanspraak gemaakt worden als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- lid 3 **Steunzolen**
De kosten van aanschaf van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Levering moet geschieden door een orthopedisch schoentechnicus, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentecnici.
- lid 4 **Verpleegartikelen**
De kosten van huur van verpleegartikelen. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.

lid 5 Wekapparaten

De kosten van huur van een plaswekker (inclusief bandages) voor een periode van drie maanden of de aanschaf van een plaswekker tot maximaal € 85,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering op voorschrift van de behandelend arts.

Artikel 8 Bijzondere behandelingen/therapieën

lid 1 Acnébehandeling

De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e) voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Vergoeding vindt alleen plaats indien de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

lid 2 Camouflagetherapie

De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

lid 3 Elektrische epilatie of laserbehandeling

De kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat tot maximaal € 1.000,- per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Vergoeding vindt alleen plaats indien de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

lid 4 Lymfedrainage

De kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem en de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

lid 5 Podotherapie

De kosten van behandeling door een podotherapeut of podoloog. Behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen, en orthonyxie.

lid 6 Psoriasisdagbehandeling

De kosten van behandeling in één van de erkende psoriasisdagbehandelingscentra tot een maximum van € 500,-. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

lid 7 Stottertherapie

Vergoed worden de kosten van stottertherapie tot een maximum van € 350,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

lid 8 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren

De verschuldigde eigen bijdrage van € 6,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde. Het verblijf moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts.

Artikel 9 Ronald McDonald- of familiehuis

Vergoed wordt € 12,50 per dag van de verschuldigde eigen bijdrage met een maximum van € 260,- per kalenderjaar voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerkamer, in geval van een behandeling van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

Artikel 10 Verblijf gezinslid

De verzekeraar vergoedt de kosten van verblijf van een gezinslid van de verzekerde in een aan het ziekenhuis verbonden logeerkamer gedurende de periode van opname van de verzekerde in het ziekenhuis vanwege een behandeling, tot een maximum van € 25,- per dag.

Artikel 11 Ziekenvervoer

Voor verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) wordt de eigen bijdrage vergoed.

Artikel 12 Orthodontie

Orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Vergoed wordt tot maximaal € 1.365,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

Artikel 13 Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige zorg vergoed.

lid 1 Onvoorziene behandelingen

Indien sprake is van een acute ziekte of ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:

- die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal 2x het in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedrag; de vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;
- die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal 2x de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.

lid 2 Voorziene behandelingen

- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen voor medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 4 van deel B van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, volledig voor behandelingen ondergaan in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding uit hoofde van een (bij zorgverzekeraar of elders lopende) zorgverzekering maakt hier onderdeel van uit. De lijst met deze erkende ziekenhuizen is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.onvz.nl.
- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.

lid 3 Gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.

lid 4 ONVZ Zorgassistance

In geval van ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met ONVZ Zorgassistance. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekerde namer opgeven. Voor advies over geneeskundige noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met ONVZ Zorgassistance.

ONVZ Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar op telefoonnummer: 0031 (0)88 668 97 67.

lid 5 Repatriëring

In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat tevens dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. Organisatie van repatriëring geschiedt door ONVZ Zorgassistance.

Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct hulp van ONVZ Zorgassistance in te roepen. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

lid 6 De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance om bepaalde gegevens te verschaffen aan de medische adviseur van de verzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname en/of de repatriëring.

