

Deel B

Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Optifit 2009

Indien aanspraken bestaan op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de ONVZ Vrije Keuze Optifit 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

Voor vrouwelijke verzekerden geldt naast de vergoeding uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- lid 1 Bij bevalling in een ziekenhuis, in een kraaminrichting, polikliniek of thuis: een uitkering ten behoeve van kraamzorg van € 230,-.
- lid 2 Tevens heeft de aanstaande moeder recht op een kraampakket (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Optifit)

Artikel 2 Paramedische zorg en sportarts

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 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. Bij voortzetting van de therapie worden de kosten vanaf de 21^e behandeling voor 50% vergoed.

De kosten van de onderstaande behandelingen worden vergoed tot een gezamenlijk maximum van € 750,- 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.
- lid 5 Sportarts
De behandelingen verricht door een sportarts.

Artikel 3 Psychologische zorg

De kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist, na verwijzing van de behandelend arts tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. De eigen bijdragen op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor de verstrekking van eerstelijns psychologische zorg komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 4 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 drogist. De volgende kosten worden vergoed tot een maximum van € 4.540,- per verzekerde per kalenderjaar:
- zelfzorggeneesmiddelen;
 - de kosten van geregistreerde geneesmiddelen, welke niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
 - de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
 - 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. Zie daarvoor de dekking zoals omschreven in artikel 5, lid 2;
 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 5 Alternatieve geneeswijzen

- lid 1 De kosten van het consulteren van of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder arts acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 750,- per verzekerde per kalenderjaar, maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag.
- lid 2 De kosten van homeopathische of antroposofische geneesmiddelen tot een maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar, mits door de behandelend arts voorgeschreven en door een apotheek of apotheekhoudende huisarts geleverd.

Artikel 6 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 7 Huishoudelijke hulp in natura

Bij ontslag uit een ziekenhuis na een opnameduur van minimaal 6 dagen bestaat voor elke verzekerde van 18 jaar en ouder recht op huishoudelijke hulp tot een maximum van € 205,-. De hulp wordt geleverd door een door de verzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie, onder voorbehoud van beschikbaarheid. De hulp moet direct aansluiten op de ziekenhuisopname en strekt zich uit over een periode van maximaal 2 weken. Om in aanmerking te komen voor de huishoudelijke hulp moet zo spoedig mogelijk, uiterlijk op de dag van ontslag, een aanvraag worden gedaan bij het ONVZ ZorgServicebureau.

Nadere informatie over huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis wordt omschreven in Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Optifit.

De huishoudelijke hulp maakt onderdeel uit van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De verzekerde moet eerst zijn/haar aanspraak krachtens de WMO geldend maken, voordat een aanspraak uit hoofde van dit artikel mogelijk is.

Artikel 8 Vervangende mantelzorg

De kosten van vervangende mantelzorg bij vakantie van de mantelzorger(s) van een gehandicapte of chronisch zieke verzekerde gedurende maximaal 8 dagen per verzekerde per kalenderjaar. Deze zorg moet worden geleverd door Stichting Mantelzorgvervanging Nederland "Handen-in-Huis".

Artikel 9 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 € 500,- 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 10 Overige hulpmiddelen

- lid 1 Brillenglazen/Contactlenzen
De kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen of versterkende/corrigerende contactlenzen tot een maximum van € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 2 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 3 Rolstoelen/Invalidenwagens
De kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens. 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 4 Steunzolen
De kosten van aanschaf van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Levering dient te geschieden door een orthopedisch schoentechnicus, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentechnici.
- lid 5 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 6 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 11 Bijzondere behandelingen/therapieën

- lid 1 Acné-behandeling
De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e) voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend huidarts. 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,- per verzekerde per kalenderjaar. 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.
- lid 9 Sterilisatie
De kosten verbonden aan deze ingreep. De kosten verbonden aan het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.
- lid 10 Plastische chirurgie
- De kosten van het corrigeren van standsafwijkingen van de oren voor kinderen tot 16 jaar worden volledig vergoed.
 - De kosten van de volgende behandelingen worden vergoed, indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis:
 1. correctie van bovenoogleden
 2. correctie van de buikwand (vetschortoperatie)
 3. het operatief vervangen van borstprothesen
- lid 11 Beweegprogramma's
Vergoed tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar worden de kosten van:
- de door KNGF erkende beweegprogramma's gericht op genezing en herstel, ter preventie voor verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte, mits voorgeschreven door de behandelend arts.
 - het revalidatieprogramma Herstel & Balans, gericht op het verminderen van en het leren omgaan met (rest)klachten voor mensen met kanker, mits uitgevoerd door een instelling met een licentie van de stichting Herstel & Balans en voorgeschreven door de behandelend arts.

Artikel 12 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 McDonalduis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerhuis, in geval van een behandeling van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

Artikel 13 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 14 Verblijf in een hospice

De verzekeraar vergoedt de kosten van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis. Het verblijf moet geïndiceerd zijn door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist. Vergoed wordt maximaal € 25,- per dag van de eigen bijdrage, gedurende maximaal 3 maanden.

Artikel 15 Ziekenvervoer

De kosten van ziekenvervoer binnen Nederland worden vergoed voor zover het ziekenvervoer plaatsvindt ten behoeve van een behandeling waarop aanspraak bestaat op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering).

De volgende kosten worden vergoed:

1. de eigen bijdrage voor de verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering);
2. tot maximaal € 0,28 per gereden kilometer bij gebruik van de auto;
3. taxivervoer.

Artikel 16 Mondzorg

lid 1 Vergoed worden de kosten van orthodontie (gebtsregulatie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

lid 2 Vergoed worden de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) voor verzekerden tot 18 jaar verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen kan de zorg ook worden verleend door een erkend tandprotheticus). Vergoed worden deze kosten tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

lid 3 De kosten van het bleken van elementen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 17 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 Gedeclearde 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 verzekeringnemer 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.