

1999 Op het polisblad is aangegeven welke van de hieronder vermelde rubrieken op de polis zijn verzekerd. In de Algemene voorwaarden Ziektekostenverzekering staat vermeld aan welke criteria uw aanspraak op vergoeding van gemaakte kosten dient te voldoen.

Overzicht van Vergoedingen Basis Stijl Ziektekostenverzekering Model 50

Met inachtneming van het omschrevene in de artikelen 1 t/m 3 van de Algemene voorwaarden Ziektekostenverzekering.

Rubriek	Omschrijving	Maximum vergoedingsregeling	Zie verzekeringsvoorwaarden in artikel:
1	Ziekenhuisverpleging		
1.1	Opname in een ziekenhuis	100 %	2.1
1.2	Opname wegens transplantatie van donororganen, uitsluitend voor de navolgende transplantaties: beenmerg, bot, hoornvlies, huid, hart, hart-long, lever (orthotoop), long en nier	100 %	2.2.3
1.3	Opname van een donor	100 %	2.2.3
1.4	Klinische revalidatie	100 %	2.3
1.5	Dagverpleging	100 %	2.5
1.6	Nierdialysebehandeling	100 %	2.8.5
1.7	Second opinion (onder meer bij operatieve ingreep)	100 %	2.7
2	Ziekenhuisvervangende zorg		
2.1	Sanatoriumverpleging	100 %	2.1
2.2	Aanvullende thuiszorg Indien dagelijkse verpleegkundige zorg ten huize van de verzekerde medisch noodzakelijk is	100 % tot 10 uren per etmaal gedurende 100 dagen per jaar	2.4
3	Kosten wegens bevalling en kraamzorg		
3.1	Bij bevalling met medische noodzaak met verblijf in een ziekenhuis Indien de opname korter duurt dan 8 dagen wordt voor elke dag dat de opname korter duurt een contante uitkering verleend van	100 % f 300,- per dag	2.11
3.2	Bij bevalling zonder medische noodzaak met verblijf in een ziekenhuis of kraaminrichting: - honorarium verloskundige hulp - overige kosten	100 % f 2.400,-	
3.3	Bij poliklinische bevalling of bevalling thuis: - kosten polikliniek - honorarium verloskundige hulp Bij kraamzorg naar keuze van de verzekerde: - via de maatschappij geregelde kraamzorg - een contante uitkering van	100 % 100 % 100 %, of f 2.400,-	
4	Medisch noodzakelijk ziekenvervoer bij opname en ontslag		
4.1	Ambulancevervoer	100 %	2.10.1 & 2.10.3
4.2	Ziekenvervoer per helikopter	niet van toepassing	
4.3	Ziekenvervoer per (rolstoel)taxi	niet van toepassing	
4.4	Ziekenvervoer per eigen auto	niet van toepassing	
5	Niet-klinische medisch-specialistische hulp		
5.1	Niet-klinische medisch-specialistische hulp	100 %	2.6
5.2	Revalidatie deeltijdbehandeling	100 %	2.3
5.3	Medische behandeling van een donor tot 3 maanden na ontslag uit het ziekenhuis	100 %	2.8.1
5.4	Erfelijkheidsonderzoek	100 %	2.8.2
5.5	Fertiliteitsbevorderende behandelingen: - operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie - ten hoogste 3 in-vitro fertilisatiebehandelingen	100 % 100 %, eigen bijdrage van f 750,- per behandeling	2.8.3
5.6	Hulp door een audiologisch centrum	100 %	2.8.4
5.7	Orthodontische hulp in bijzondere gevallen door een orthodontist	100 %	2.16.3
5.8	Overige orthodontische behandelingen (gebitsregulatie) door een orthodontist of een tandarts	f 3.000,- éénmalig per verzekerde	2.16.3
5.9	Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen	100 %	2.16.4
5.10	Second opinion	niet van toepassing	2.7
5.11	Behandeling in een privé-kliniek	niet van toepassing	2.9

Rubriek	Omschrijving	Maximum vergoedingsregeling	
6	Medische hulp door de huisarts	niet verzekerd	
7	Fysiotherapie, Oefentherapie Mensendieck/Cesar (zie Bijzonderheden ⁴)	100 %, 9 behandelingen per indicatie per jaar	2.13
8	Medisch noodzakelijk ziekenvervoer bij niet-klinische medisch-specialistische hulp		
8.1	Ambulancevervoer	100 %	2.10.2 & 2.10.3
8.2	Ziekenvervoer per (rolstoel)taxi	niet van toepassing	
8.3	Ziekenvervoer per eigen auto	niet van toepassing	
9	Farmaceutische hulp op voorschrift van de huisarts (zie Bijzonderheden ³)	100 %	2.14
10	Farmaceutische hulp op voorschrift van de specialist (zie Bijzonderheden ³)	100 %	2.14
11	Hulpmiddelen	niet verzekerd	
12	Bijzondere voorzieningen	niet verzekerd	
13	Buitenlanddekking		
13.1	Bij verblijf in het buitenland zijn alle binnen Nederland verzekerde rubrieken zoals op het polisblad vermeld, overeenkomstig van kracht	100 % gedurende 6 maanden	2.17
13.2	Door verzekerde(n) dient ten behoeve van de in het buitenland gemaakte en op deze verzekering gedekte medische kosten een beroep te worden gedaan op bemiddeling en bijstand door AXA Assistance te Amsterdam, telefoon (020) 57 40 555.		2.17.3
14	Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 20 jaar (zie Bijzonderheden ²)		
14.1	Vergoeding van de kosten	op basis van 75 % tot f 500,- per verzekerde per jaar	2.16.1
15	Tandheelkundige hulp door een tandarts (uitgebreide regeling), (zie Bijzonderheden ¹)		
15.1	Vergoeding van de kosten voor de navolgende behandelingen:	op basis van 85 %	
	<i>Consulten</i> Periodieke controle en overige consulten		Tariefcode C10, C20, C21 C25, C30, C40
	<i>Preventieve behandelingen (door een tandarts of mondhygiënist)</i> fluorideapplicaties, instructie mondhygiëne en tandsteen verwijderen		M10, M20, M30 M39, M40, M50, M55, M59
	<i>Conserverende behandelingen</i> zoals 1-, 2- of 3-vlaksvullingen/restauraties, etsen, sealen en indirecte pulpa-overkapping wortelkanaalbehandelingen opbouw van plastisch materiaal, mortaalamputatie amputatie, directe pulpa-overkapping vitaalampcutatie, apexificatie extra zitting voor verwisselen/insluiten van medicament pulpabehandeling, elektronische lengtebepaling		V10 t/m V15, V20, V21, V30, V35, V60 E10, E15, E20, E25 R31, E30 E35, E40 E60, E65 E70 E75, E85
	<i>Anesthesie</i>		A10, A15
	<i>Röntgendiagnostiek</i> intra-orale foto's opbeefoto's, transcraniale opname, status per kaak orthopantomogram, status x-opname		X11, X12 X20, X30 X40, X45
	<i>Chirurgische behandelingen</i> Extracties uitgebreid wondtoilet, gecompliceerde extracties apexresectie, primaire antrumsluiting reponeren en reïmplanteren van frontelementen		H10, H15 H25, H30, H35 H42, H43, H44 H50, H55
15.2	<i>Parodontologische behandelingen</i> Vergoeding van de kosten voor de navolgende behandelingen:	op basis van 85 % tot f 1.000,- éénmalig per verzekerde	
	onderzoek en diagnostiek, initiële behandeling herbeoordeling na initiële behandeling parodontale nazorg evaluatieonderzoek		T11, T12, T21, T22 T31, T32, T33 T51 t/m T56 T60, T61

		Tariefcode
15.3	Parodontale chirurgie Vergoeding van de kosten voor de navolgende behandelingen:	op basis van 85 % tot f 1.000,- éénmalig per verzekerde
	<i>Parodontale chirurgische behandelingen</i> (na voorafgaande toestemming door de maatschappij)	T70 t/m T76 T80 t/m T83
15.4	Prothetische voorzieningen Vergoeding voor de navolgende behandelingen tot ten hoogste de aangegeven maximumbedragen: (De maximale vergoedingen van de hierna genoemde verrichtingen zijn inclusief de bij deze verrichtingen behorende techniekkosten P00.)	
	<i>Prothetische voorzieningen</i>	
	- volledige plaatprothese (per onder- of bovenprothese)	f 500,- P14, P21, P25 P30, P36
	- gedeeltelijke plaatprothese:	
	1 t/m 4 elementen	f 250,- P10, P16
	5 t/m 13 elementen	f 400,- P15, P16
	- frameprothese:	
	1 t/m 4 elementen	f 550,- P34
	5 t/m 13 elementen	f 750,- P35
	- reparatie bestaande plaat- of frameprothese	f 60,- per reparatie P07, P08 P57, P58
	- uitbreiding bestaande plaat- of frameprothese	f 60,- per element P78, P79
	- rebasen van een onder- of bovenprothese	f 100,- per onder- of bovenprothese P01 t/m P04, P51 t/m P54
	<i>Kronen, brugwerk e.d.</i> Vergoeding voor de navolgende behandelingen tot ten hoogste de aangegeven maximumbedragen en -aantallen: (De maximale vergoedingen van de hierna genoemde verrichtingen zijn inclusief de bij deze verrichtingen behorende techniekkosten R00.)	
	- gegoten opbouw	f 148,- per element R32, R33
	- indirecte labiale veneering	f 148,- per element R78, R79
	- 1-vlaks inlay	f 147,- per element R08, R11
	- etsbrug	f 268,- per element R60, R61
	- 2-vlaks inlay	f 294,- per element R09, R12
	- 3-vlaks inlay	f 457,- per element* R10, R13
	- kronen	f 457,- per element* R20, R25 t/m R29
	- bruggdelen	f 457,- per element* R40, R45
	*De gezamenlijke kosten voor 3-vlaks inlays, kronen en bruggdelen komen tot ten hoogste 6 elementen per periode van 12 maanden voor vergoeding in aanmerking.	
15.5	Orthodontische behandeling door een orthodontist of tandarts Vergoeding van de kosten boven het in rubriek 5.8 genoemde maximum	op basis van 90 %
15.6	Extra vergoeding bij een ongeval Indien er sprake is van een ongeval, worden de in rubriek 15.4 genoemde gemaximeerde bedragen als volgt verhoogd:	
	- per beschadigd natuurlijk element met	f 300,-
	- bij beschadiging van één of meer bestaande prothetische voorzieningen met	f 1.000,-

16 Alternatieve geneeswijzen niet verzekerd

17 Rechtsbijstand bij schade door medische onregelmatigheden (zie Bijzonderheden ¹⁾)

17.1 Aanspraak op rechtsbijstand binnen Europa bij het verhaal van door een verzekerde geleden schade op de daarvoor aansprakelijke (rechts)persoon, indien die schade het gevolg is van een consult, behandeling, verrichting, verstrekking of voorziening binnen Europa waarvan de kosten door de maatschappij worden vergoed.

2.22

17.2 Bij noodzakelijk gebleken inschakeling van externe deskundigen geldt een maximum van f 10.000,- per schadegeval.

Bijzonderheden

- 1) Het overeengekomen eigen risico aan de voet is niet van toepassing op de rubrieken 15 en 17, indien meeverzekerd.
- 2) Het overeengekomen eigen risico aan de voet zal niet in mindering worden gebracht op vergoedingen krachtens rubriek 14, indien voor dezelfde verzekerde rubriek 15 eveneens is meeverzekerd.
- 3) Van het overeengekomen eigen risico aan de voet zal ten hoogste f 100,- per polis per kalenderjaar worden ingehouden op de vergoedingen krachtens rubriek 9 en/of 10. Indien de apotheek ons op elektronische wijze factureert via Clearing House Apothekers BV (CHA) zal in het geheel géén eigen risico in mindering worden gebracht op deze vergoedingen.

De berekening van de voor de uitkering vatbare bedragen geschiedt met inachtneming van de eventueel per verzekerde rubriek geldende eigen-risicoregeling c.q. de aldaar genoemde gemaximeerde bedragen. Op de aldus vastgestelde uitkeringen wordt het op het polisblad vermelde eigen risico aan de voet in mindering gebracht.

4) In afwijking van het gestelde in artikel 2.13 van de Algemene voorwaarden ziektekostenverzekering, model 101 en 102, geldt de navolgende bepaling:

Fysiotherapie, oefentherapie

Vergoed worden kosten van fysiotherapie, manuele therapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar op voorschrift van de huisarts of de specialist.

Vergoeding zal worden verleend conform de C.O.T.G.-tarieven voor fysiotherapeuten of oefentherapeuten Mensendieck/Cesar, voor de kosten van maximaal 9 behandelingen per indicatie per jaar.

Indien daartoe geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of de specialist bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut Mensendieck / oefentherapeut Cesar. Hiervoor is vooraf toestemming van de maatschappij noodzakelijk.

Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van 9 behandelingen kinderfysiotherapie, verricht door een fysiotherapeut die is ingeschreven in het register van bevoegde kinderfysiotherapeuten van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Kinder- en Jeugdgezondheidszorg, verleend aan kinderen tot 18 jaar.

Indien hiertoe geïndiceerd op verwijzing van de huisarts of de specialist bestaat recht op vergoeding van nogmaals 9 behandelingen kinderfysiotherapie. Hiervoor is eveneens vooraf toestemming van de maatschappij noodzakelijk.

Indien de verzekerde een indicatie heeft voor fysiotherapie dan wel oefentherapie Mensendieck/Cesar in verband met een chronische aandoening – volgens de Uniforme lijst van aandoeningen langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar – dan bestaat recht op vergoeding van het noodzakelijke aantal behandelingen per jaar. Hiervoor is vooraf toestemming van de maatschappij noodzakelijk. Deze lijst maakt onderdeel uit van de polis en is op aanvraag verkrijgbaar. (Zie ook artikel 3.2 sub 5 van de verzekeringsvoorwaarden).

Dit Overzicht vormt een onverbreeklijk geheel met de bijhorende stukken, zoals het polisblad, de algemene voorwaarden Ziektekostenverzekering en het premietarief en dient steeds in samenhang daarmee te worden gezien.