

De Lijst van Verstrekkingen behorende bij de PMA-Onderwijs-Ziektekostenpolis

(Bijzondere verzekeringsvoorwaarden)

1-1-2001

	pagina
INDEX	
Overzicht inhoud Basispakket	2
Algemeen	3
- Het vaste eigen risico aan de voet	3
- Toestemming	3
Aanvullende verzekeringen	
Klasse 2B pakket	10
Uitgebreid-Onderwijs-Tandarts Pakket.....	10

TOELICHTING

Indienen nota's

Voor een feilloze verwerking van de nota's die u indient, hebben wij een eenvoudig systeem ontwikkeld. U hoeft geen ingewikkelde declaratieformulieren in te vullen. Ziektekostennota's kunt u eenvoudig indienen door gebruikmaking van notastickers. In principe kunt u alle nota's, voorzien van de juiste notasticker, rechtstreeks laten vergoeden door Geové RZG.

- Ziekenhuis, specialist, fysiotherapeut, huisarts en tandarts. Geové RZG vergoedt deze nota's rechtstreeks.
- Apotheek. De meeste apotheken in Nederland hebben een overeenkomst gesloten met Geové RZG, waardoor zij nota's bij Geové RZG kunnen indienen via een incassosysteem. Overleg met uw apotheker of deze mogelijkheid van toepassing is. Is dit het geval, dan vergoedt Geové RZG de nota rechtstreeks aan uw apotheker. Biedt uw apotheker deze mogelijkheid niet dan kunt u zelf de nota, voorzien van een notasticker met polisnummer, indienen bij Geové RZG. De kosten worden dan naar keuze rechtstreeks aan u of uw apotheker vergoed. De kosten van geneesmiddelen vallen niet onder het eigen risico, met uitzondering van de farmaceutische hulp die door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht en de vergoeding van de meerkosten als gevolg van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem.

SLUIMERDEKKING

Sluimerdekking biedt iedere particulier verzekerde de mogelijkheid om zonder beperkingen en zonder medische selectie terug te keren op de oude particuliere polis. Iedere particulier verzekerde van Geové RZG die dient over te stappen naar de verplichte ziekenfondsverzekering en kiest voor het ziekenfonds van Geové RZG, krijgt voor een periode van twee jaar gratis sluimerdekking. Ook wanneer de betreffende verzekerde langer dan twee jaar bij Geové RZG ziekenfondsverzekerd blijft, kan de sluimerdekking, op verzoek van verzekerde, worden voortgezet tegen 15% van de premiekosten van de particuliere polis (exclusief wettelijke heffingen). Wenst de verzekerde sluimerdekking, maar is hij verzekerd via een ander ziekenfonds, dan berekent Geové RZG 15% van de premiekosten van de particuliere polis (exclusief wettelijke heffingen).

BASISPAKKET**1. (POLI)KLINISCHE HULP (pagina 3 en 4)**

Ziekenhuisopname
 Poliklinische hulp
 Revalidatie
 Plastische chirurgie
 Privé-klinieken
 Ziekenvervoer klinisch
 Ziekenvervoer poliklinisch
 Ziekenvervoer van en naar een AWBZ inrichting
 Reiskosten ziekenhuisbezoek
 Overnachtingskosten logeerhuis

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG (pagina 4 en 5)

Huisarts
 Second opinion
 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie
 Hulp door een audiologisch centrum
 Logopedie/foniatrie
 Podotherapie
 Preventieve geneeswijzen
 Kinderopvang
 Gezinszorg
 Herstelingsoord
 Kuurreizen
 Eerstelijnspsycholoog aangesloten bij NIP
 Eigen bijdrage psychotherapie
 Ergotherapie

3. FARMACEUTISCHE HULP/HULPMIDDELEN (pagina 5 en 6)

Farmaceutische hulp
 Dieetpreparaten
 Verbandmiddelen
 Meerkosten medicijnen volgens het
 Geneesmiddelenvergoedingssysteem
 Hulpmiddelen
 Eigen bijdrage hulpmiddelen
 Chronisch intermitterende beademing
 Huurkosten bewakingsapparatuur ter voorkoming wiegendood

4. ZWANGERSCHAP (pagina 6)

Bevalling
 Kraamzorg
 Meerlingenuitkering
 IVF/ICSI
 Sterilisatie

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN (pagina 6 en 7)

Alternatieve artsen
 Kosten röntgen- en laboratoriumonderzoek
 Moermantherapie en chiropractie
 Homeopathische en antroposofische middelen

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN (pagina 7)

Leukemie bij kinderen
 Nierdialyse
 Orgaantransplantaties
 Cosmetische behandelingen
 Erfelijkheidsonderzoek
 Psoriasis
 SMA/sportarts
 Stottertherapie (Del Ferro/BOMA/Hausdörfer)
 Trombosedienst

7. BUITENLANDDEKKING (pagina 7 en 8)

Buitenland Preventiepakket
 Buitenland
 Voorschot geneeskundige kosten
 Medische bijstand en repatriëring van verzekerden
 Repatriëring na overlijden
 Reisbiljet familielid
 Kosten van opsporing en redding
 Toezending medicijnen
 Doorgeven van boodschappen
 Bemiddeling inzake geld
 Communicatiekosten
 Geldigheidsgebied

8. TANDHEELKUNDIGE HULP (pagina 8 en 9)

Tandheelkundige hulp aan verzekerden jonger dan 21 jaar
 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 21 jaar
 Tandheelkundige hulp aan verzekerden met een handicap
 Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen
 Orthodontie aan verzekerden jonger dan 21 jaar
 Orthodontie bij kaakorthopedische afwijkingen
 Orthodontie via Orthocenter
 Kaakchirurgische behandeling

10. OVERIGEN (pagina 9 en 10)

De Zorgmakelaar
 Premievrijstelling
 Vroegsignalering

KLASSE 2B PAKKET (pagina 10)**UITGEBREID-ONDERWIJS-TANDARTS PAKKET (pagina 10 en 11)**

ALGEMEEN**Het vaste eigen risico aan de voet**

Voorzover volgens de Lijst van Verstrekingen vergoeding is gebonden aan een bepaald maximum per kalenderjaar zal, indien de verzekering voor betrokkene in enig jaar slechts een deel van het kalenderjaar van kracht is, het verzekerde maximum naar evenredigheid worden vermindert.

Het eigen risico is niet van toepassing op:

1. kinderopvang volgens artikel 2.63.a van de Lijst van de Verstrekingen van het Basispakket, mits geregeld door de Geové RZG Zorgmakelaar;
2. farmaceutische hulp volgens artikel 3.01 van de Lijst van Verstrekingen van het Basispakket;
3. kraamzorg in natura volgens artikel 4.02.a van de Lijst van Verstrekingen van het Basispakket mits geregeld door de Geové RZG Zorgmakelaar;
4. Internationale Persoonlijke Hulpverlening volgens artikel 7.21 t/m 7.29 van de Lijst van Verstrekingen van het Basispakket, mits geregeld door TravelCare;
5. tandheelkundige hulp volgens de Lijst van Verstrekingen van het Uitgebreid-Onderwijs-Tandarts Pakket.

Toestemming

Voor de artikelen gemerkt met een * geldt dat uitsluitend recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens de verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is gevraagd aan en verleend door verzekeraar. Het verzoek om toestemming dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist. Verzekeraar kan aan deze toestemming nadere voorwaarden verbinden.

BASISPAKKET

Binnen de grenzen van het Reglement, waarvan deze Lijst van Verstrekingen een onderdeel vormt, bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

1. (POLI)KLINISCHE HULP**1.01* Ziekenhuisopname**

Indien en zolang verpleging, onderzoek en behandeling noodzakelijk zijn, de kosten van opname in een ziekenhuis in de verzekerde klasse, op basis van de rechtsgeldige tarieven:

- a. de verpleegkosten gedurende een onbeperkt aantal dagen;
- b. de kosten van klinisch-specialistische hulp;
- c. de bijkomende kosten;
- d. opname moeder bij borstvoeding.

Indien een bij verzekeraar verzekerd kind vanwege borstvoeding, in verband met verpleging van de moeder, in een ziekenhuis verblijf moet houden, worden ook de verpleegkosten voor het kind vergoed zolang het kind de leeftijd van 3 maanden nog niet bereikt heeft.

1.02 Poliklinische hulp

Het honorarium van de specialist voor poliklinische hulp en de daarbij door de specialist gemaakte kosten, alsmede de kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, bestralingen, narcose, verbandmiddelen en gebruik van operatiekamer of polikliniek.

1.03* Revalidatie

De kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak in geval van:

1. handicap als gevolg van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat indien:
 - 1.1 deze hulp voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van de handicap;
- en**
- 1.2 de verzekerde met die hulp in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.
2. hartaandoeningen:
 - 2.1 mits op voorschrift van de specialist.

Revalidatie kan plaatsvinden:

- a. in een klinische situatie (opname), waarbij slechts aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van revalidatie, gepaard gaande met meerdaagse opname, indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;
- b. in een poliklinische situatie (deeltijd of dagbehandeling).
De aanvraag voor toestemming dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de aandoening, stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

1.04* Plastische chirurgie

De kosten van plastische (vormgevende) chirurgische behandelingen die het rechtstreekse gevolg zijn van bij een ongeval ontstane ernstige verminkingen of direct bij de geboorte geconstateerde ernstige afwijkingen. Bij het verzoek om toestemming dienen aan de medisch adviseur te worden overgelegd:

- a. een schriftelijke motivatie van de huisarts voor de behandeling;
- b. een schriftelijke motivatie van de behandelend specialist, waarbij de aard en omvang van de afwijking blijkt, alsmede een behandelplan met de vermoedelijke opnameduur.

1.05* Privé-kliniek

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, de kosten van behandeling in een vergunninghoudende privé-kliniek op basis van rechtsgeldige CTG-tarieven. De kosten van privé-klinieken komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

1.11.a* Ziekenvervoer klinisch

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis of kraaminrichting op medisch advies (blijkend uit een schriftelijke verklaring van de behandelend arts). De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen. De kosten van taxivervoer komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden. De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op f 0,50 per kilometer.

1.12.a* Ziekenvervoer poliklinisch

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto in verband met poliklinische hulp door een specialist op medisch advies (blijkend uit een schriftelijke verklaring van de behandelend arts). De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen. De kosten van taxivervoer komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden. De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op f 0,50 per kilometer.

1.13* Ziekenvervoer van en naar AWBZ-inrichtingen

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto naar of van een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld op medisch advies (blijkend uit een schriftelijke verklaring van de behandelend arts). De kosten van taxivervoer komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden. De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op f 0,50 per kilometer.

1.14.a Reiskosten ziekenbezoek

De reiskosten van (een) bij verzekeraar verzekerde ouder(s) in verband met het bezoeken van een in het ziekenhuis verblijvend bij verzekeraar verzekerd kind jonger dan 16 jaar tot maximaal drie bezoeken per gezin per week. De vergoeding wordt verleend indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- de in het ziekenhuis verblijvende bij verzekeraar verzekerde behoort tot het gezin van de bezoekende verzekerde;
- de opname van verzekerde vindt plaats in een in Nederland gelegen ziekenhuis en de kosten van die opname komen ten laste van verzekeraar;
- de door de bezoekende verzekerde af te leggen afstand van de woning naar het ziekenhuis bedraagt minstens 30 kilometer enkele reis langs de meest gebruikelijke weg.

De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op f 0,50 per kilometer.

1.20 Overnachtingskosten logeerhuis

De kosten van logies in een Ronald McDonald Huis, Prinses Margriethuis of Kiwanishuis.

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG**2.01 Huisarts**

De kosten van hulp verleend door de huisarts, consulten en visites, alsmede laboratorium- en röntgenonderzoeken op advies van de huisarts (in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland).

2.02 Second opinion

De kosten voor het raadplegen van een andere specialist/tandarts.

2.10.a* Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie

De kosten van:

- fysiotherapie/oefentherapie door een fysiotherapeut respectievelijk oefentherapeut Mensendieck en Cesar;
- kinderfysiotherapie door een kinderfysiotherapeut;
- manuele therapie door een manueel therapeut tot maximaal 6 behandelingen per behandelde verzekerde per kalenderjaar.

Reiskosten zijn van vergoeding uitgesloten.

Onder fysiotherapie wordt in ieder geval niet verstaan: zwangerschaps-, kraamvrouwen- en schoolgymnastiek, sportmassage, arbeids- en bezigheidstherapie, haptotherapie, groepsfysiotherapie en medische fitness.

Indien er meer dan 9 behandelingen fysiotherapie/oefentherapie, ongeacht de medische indicatie, per kalenderjaar noodzakelijk zijn, is voorafgaande toestemming vereist. Bij het verzoek om toestemming dient een behandelplan van de behandelend arts/fysiotherapeut te zijn gevoegd.

2.20* Hulp door een audiologisch centrum

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

2.30.a* Logopedie/foniatrie

De kosten van logopedie/foniatrie door een in Nederland gevestigde logopedist. Indien er meer dan 9 behandelingen logopedie, ongeacht de medische indicatie, per kalenderjaar noodzakelijk zijn, is voorafgaande toestemming vereist. Bij het verzoek om toestemming dient een behandelplan van de behandelend logopedist te zijn gevoegd.

Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan onderzoek naar en behandeling van dyslexie (tenzij sprake is van logopedische problemen van medische aard) en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van dialect en anderstaligheid.

2.40.b* Podotherapie/podo-orthesiologie/podoposturaal therapeut

De kosten van consulten door een in Nederland gevestigde podotherapeut/podo-orthesioloog/podoposturaal therapeut. Bij het verzoek om toestemming dient een verklaring van de behandelend podotherapeut/podo-orthesioloog/podoposturaal therapeut te zijn gevoegd. De kosten van steunzolen, inlays en onderzoek en/of behandelingen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2.52.b Preventieve geneeskunde en geneeswijzen

De kosten van arts of specialist voor:

- onderzoek van hart en bloedvaten (maximaal 1 keer per 2 jaar);
- baarmoederhals- (uitstrijkje) en borstkankeronderzoek;
- inenting tegen tetanus;
- inenting tegen hondsdolheid;
- inenting tegen griep.

De kosten van vaccinaties en geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte in het kader van een vakantiereis naar het buitenland. De volgende vaccinaties en geneesmiddelen komen in aanmerking voor vergoeding:

- a. Malaria profylaxe (nivaquine, paludrine of Iariam);
- b. DTP;
- c. Gele koorts;
- d. Tyfus;
- e. Cholera;
- f. Hepatitis-A (immunoglobuline) of Havrix.

2.63.a* Kinderopvang

Bij een verblijf langer dan drie aaneengesloten dagen van de bij verzekeraar verzekerde verzorgende ouder in een ziekenhuis in Nederland, kan aanspraak worden gemaakt op opvang van bij verzekeraar verzekerde kinderen jonger dan 14 jaar. De kinderopvang geldt maximaal drie maanden per ziekenhuisopname per kalenderjaar gedurende maximaal negen aaneengesloten uren per etmaal. Het recht op kinderopvang bestaat tot en met één dag na thuiskomst van de verzorgende ouder uit het ziekenhuis.

Vergoeding vindt uitsluitend plaats in natura. Dat wil zeggen dat de kinderopvang wordt geregeld door de Zorgmakelaar. Er bestaat geen recht op kinderopvang in geval van opname in een ziekenhuis wegens bevalling. Het verzoek voor kinderopvang dient zo spoedig mogelijk bij de Zorgmakelaar te worden ingediend. De Zorgmakelaar is op werkdagen telefonisch bereikbaar via telefoonnummer (026) 369 69 80.

2.64 Gezinszorg

75% van de kosten van de eigen bijdrage, in rekening gebracht voor gezinsverzorging, mits de hulpverlenende instelling van overheidswege (AWBZ) is gesubsidieerd en is aangesloten bij de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg. Het niveau van deze zorg moet door het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) geïndiceerd zijn als "B-hulp".

2.70.a* Herstellingsoord

De werkelijke kosten van verblijf in een herstellingsoord in Nederland t maximaal f 1.500,- per verzekerde per kalenderjaar. Het verzoek om toestemming dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist.

2.71* Kuurreizen

Eén keer per 12 maanden een vergoeding van maximaal f 1.250,- op georganiseerde kuurreizen voor verzekerden met de ziekte van Bechterew en reumatoïde artritis. Goedkeuring voor deelname aan een kuurreis is afhankelijk van een beoordeling door de medisch adviseur.

2.80.a* Eerstelijnspsycholoog aangesloten bij het NIP

De kosten van een intakegesprek à f 100,- en maximaal 3 consulten à f 100,- van een eerstelijnspsycholoog aangesloten bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) per behandelde verzekerde per kalenderjaar indien er aantoonbaar sprake is van in belangrijke mate arbeidsgerelateerde klachten. Het verzoek om toestemming dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts, bedrijfsarts of Arbo-arts.

2.82 Eigen bijdrage psychotherapie

De kosten van de door verzekerde verschuldigde eigen bijdrage voor de op grond van de AWBZ verstrekte psychotherapie.

2.90.a* Ergotherapie

De kosten van maximaal 10 behandelingen door een ergotherapeut op basis van het rechtsgeldig tarief per behandelde verzekerde per kalenderjaar.

3. FARMACEUTISCHE HULP/HULPMIDDELEN

3.01 Farmaceutische hulp

De kosten van farmaceutische hulp - overeenkomstig de regeling Farmaceutische Zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - geleverd op voorschrift van een arts, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Een geneesmiddel dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. De regeling Farmaceutische Zorg maakt deel uit van deze Lijst van Verstrekkingen en is op aanvraag verkrijgbaar.

Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde Geneesmiddelenvergoedingssysteem van toepassing. Dit betekent dat voor een aantal geneesmiddelen een limiet aan de vergoeding is gesteld.

De kosten van farmaceutische hulp zoals omschreven in dit artikel vallen niet onder het eigen risico, met uitzondering van de farmaceutische hulp die door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

3.02* Dieetpreparaten

De kosten van dieetpreparaten overeenkomstig de regeling Dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Deze regeling maakt deel uit van deze Lijst van Verstrekkingen en is op aanvraag verkrijgbaar.

3.03* Verbandmiddelen

De kosten van verbandmiddelen op voorschrift van de huisarts of specialist komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

3.04 De meerkosten volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem

Indien een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, wordt het meerdere vergoed.

3.20.a* Hulpmiddelen

De kosten van aanschaf, bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, worden overeenkomstig de maximumbedragen van de regeling Hulpmiddelen - zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld - vergoed. Deze regeling maakt deel uit van deze Lijst van Verstrekkingen en is op aanvraag verkrijgbaar.

De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, een en ander ter beoordeling van verzekeraar.

De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde. Daaronder vallen in ieder geval de kosten van energiegebruik en batterijen.

3.21 Eigen bijdrage hulpmiddelen krachtens de regeling Hulpmiddelen

De kosten van de door verzekerde verschuldigde eigen bijdrage, alsmede het meerdere boven de maximale vergoeding volgens de door Zorgverzekeraars Nederland uitgegeven regeling Hulpmiddelen, indien het de volgende op grond van deze Lijst van Verstrekingen verstrekte hulpmiddelen betreft:

- a. uitwendige borstprothesen;
- b. orthopedisch maatschoeisel of semi-orthopedisch schoeisel met individuele aanpassing;
- c. schoenvoorzieningen;
- d. bijzondere optische hulpmiddelen (met uitzondering van brillen, brillenglazen of contactlenzen);
- e. ringleidingen;
- f. pruiken (de totale vergoeding van een pruik zal, inclusief de vergoeding volgens de regeling Hulpmiddelen, maximaal f 750,- bedragen);
- g. apparatuur voor positieve uitademingsdruk.

De vergoedingen worden verleend volgens de in de regeling Hulpmiddelen vastgestelde maximale vergoedingstermijnen.

3.30* Chronisch intermitterende beademing

De kosten verband houdende met mechanische beademing op voorschrift van een specialist in een daartoe erkend beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van de verzekerde.

3.34* Huurkosten bewakingsapparatuur ter voorkoming wiegendood

Op voorschrift van een huisarts of specialist wordt gedurende maximaal 18 maanden bewakingsapparatuur in bruikleen verstrekt door verzekeraar.

4. ZWANGERSCHAP

4.01 Bevalling

- a. Bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak:
 - de verpleegkosten van moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse, gedurende maximaal acht dagen;
 - de kosten van specialistische hulp en bijkomende kosten;
 - de kosten van geneesmiddelen;
 - de kosten van ziekenvervoer.
- b. Bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting zonder medische noodzaak, poliklinisch of thuis:
 - het honorarium voor verloskundige hulp, inclusief voor- en nazorg, in rekening gebracht door een specialist, huisarts of verloskundige;
 - de kosten van gebruik polikliniek.

In relatie tot zwangerschap en bevalling hebben de ouders recht op advies via de Zorgmakelaar tel. (026) 369 69 80 tot maximaal 4 jaar na de bevalling. Vragen omtrent zwangerschap en bevalling, ziekte of aandoeningen van moeder en kind en vragen in relatie tot opvoeding-(problemen) kunnen tijdens werkdagen worden gesteld.

4.02.a Kraamzorg

- a. Bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak:

Verlaten moeder en kind het ziekenhuis voordat een periode van acht dagen (met ingang van de dag van bevalling) is verstreken, dan wordt voor elke minder in rekening gebrachte dag een vergoeding toegekend van f 250,-.
- b. Bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting zonder medische noodzaak, poliklinisch of thuis:

Per bevallen verzekerde wordt voor kraamzorg een bedrag van f 2.000,- vergoed. In plaats van deze vergoeding in geld kan worden

gekozen voor de Geové RZG Kraamzorg in natura gedurende maximaal 48 uur. De Geové RZG Kraamzorg wordt bemiddeld door de Zorgmakelaar, tel. (026) 369 69 80. Deze kraamzorg moet tenminste vijf maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum worden aangevraagd. Op kraamzorg is eveneens het Reglement Kraamzorg van toepassing. Dit Reglement kan op verzoek worden toegestuurd door verzekeraar.

Indien er na de Geové RZG Kraamzorgperiode sprake is van medisch noodzakelijke thuisverpleging, kan er voor informatie en advies contact worden opgenomen met de Zorgmakelaar, tel. (026) 369 69 80.

4.03 Meerlingenuitkering

Bij geboorte van een meerling bestaat vanaf het 2e kind recht op de volgende vergoeding:

- een eenmalige extra financiële tegemoetkoming van f 500,- per kind **of**
- twee dagen extra kraamzorg per kind.

4.04.b* In vitrofertilisatie (IVF) of ICSI

Recht op vergoeding van de kosten van IVF of ICSI op medisch advies. Het verzoek aan de medisch adviseur om toestemming dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de behandelend specialist waarom de behandeling noodzakelijk is.

De IVF- of ICSI-behandeling dient plaats te vinden in een vergunninghoudend ziekenhuis in Nederland. Vergoed worden maximaal drie behandelingen per behandelde vrouwelijke verzekerde per te realiseren zwangerschap. Per poging geldt een eigen bijdrage van f 750,-.

Uitgesloten van vergoeding zijn IVF- of ICSI-behandelingen wanneer er sprake is van infertiliteit op basis van kunstmatig verkregen steriliteit en IVF- of ICSI-behandelingen in combinatie met draagmoederschap.

4.10 Sterilisatie

De kosten van sterilisatie door een specialist. De kosten van het ongedaan maken van een kunstmatig tot stand gebrachte onvruchtbaarheid (steriliteit) worden niet vergoed.

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

5.02.d Alternatieve artsen

De kosten van in Nederland erkende artsen, tot maximaal f 75,- per consult of behandeling, ongeacht de tijdsduur van het consult en de aard van de behandeling. Per verzekerde worden van alle consulten en behandelingen tezamen maximaal 9 consulten of behandelingen per kalenderjaar vergoed.

5.04 Kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek

De kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek op advies van een alternatieve arts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland.

5.05.b Moermantherapie/chiropractie

De kosten van een consult of behandeling van een in Nederland bevoegd arts die praktiseert volgens de Moermantherapie en van een in Nederland gevestigde en als zodanig door de Nederlandse Chiropractoren Associatie erkende chiropractor. Er wordt maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar tot maximaal f 75,- per consult of behandeling vergoed.

5.20 Homeopathische en antroposofische middelen

De kosten van homeopathische en antroposofische middelen, op voorschrift van een huisarts of alternatieve arts, geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts. Deze middelen kunnen tevens worden gehaald bij een in Nederland gevestigde drogist, mits deze erkend is door de Stichting Pharmacon. Alleen middelen die zijn geregistreerd als homeopathische en antroposofische middelen volgens de KNMP-taxe en voldoen aan het Besluit Homeopathisch Farmaceutische producten, komen voor vergoeding in aanmerking. Middelen die geacht worden te voorzien in een dagelijkse levensbehoefte, zoals voedingssupplementen, dieetpreparaten en vitamines, komen in ieder geval niet voor vergoeding in aanmerking.

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

6.01 Leukemie bij kinderen

De kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

6.10* Nierdialyse

De kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij de verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de richtlijnen die door Zorgverzekeraars Nederland zijn vastgesteld.

6.20* Organtransplantaties

De kosten van orgaantransplantaties van de volgende organen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). De kosten van transplantaties van andere organen (waaronder een gecombineerde hart-long transplantatie) worden niet vergoed.

De kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. 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 orgaantransplantatie.

De behandeling dient plaats te vinden in een door de bevoegde overheidsinstantie voor deze verrichtingen erkende instelling en voor de behandeling dienen door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde tarieven te zijn afgegeven. Het verzoek om toestemming dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist.

6.30.b* Cosmetische behandelingen

De kosten van cosmetische behandelingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut(e). Het verzoek om toestemming dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist.

a. Camouflagetherapie

Ter camouflage van ontsieringen in het gelaat en op de hals, die door een plastische chirurgische behandeling niet of niet volledig tot verdwijning kunnen worden gebracht, worden de kosten vergoed van lessen en noodzakelijk gebruikte materialen tot maximaal f 1.000,- per behandelde verzekerde per kalenderjaar.

b. Acnebehandelingen

De kosten van peeling bij ernstige acne tot maximaal f 500,- per behandelde verzekerde tijdens de hele verzekeringsduur.

c. Elektrische epilatie

De kosten van elektrische epilatie van een vrouwelijke verzekerde in verband met extreme haargroei in het gelaat, tot maximaal f 1.000,- per behandelde verzekerde per kalenderjaar.

6.31* Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van hulp in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, te verlenen door een in Nederland gelegen instelling die een vergunning van de overheid heeft voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing. De hulp omvat het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, 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. De kosten van onderzoek en adviesing van andere personen dan de verzekerde komen voor rekening van de (eigen verzekeraar(s) van de) onderzochte persoon of personen.

6.33* Psoriasis

De kosten van behandeling van ernstige en uitgebreide vormen van psoriasis:

a. in een erkend Nederlands psoriasisdagbehandelingscentrum, tot maximaal f 60,- per behandeling en voor ten hoogste 30 behandelingen per te behandelen verzekerde per kalenderjaar;

of

b. door middel van UVB-lichtcabine bij de verzekerde thuis. Vergoed worden de kosten van een lichtkuur tot maximaal f 1.800,- per te behandelen verzekerde per kalenderjaar.

6.34.a Sport Medische Adviescentra (SMA) en sportartsen

De kosten van diagnosestelling en behandelingsadvies inzake sportblessures door SMA en sportartsen.

6.35* Stottertherapie

De kosten van maximaal 20 behandelingen per te behandelen verzekerde per kalenderjaar volgens in een instituut waar volgens één van de volgende methodes stottertherapie wordt gegeven:

- De Del Ferro-methode;
- De Boma-methode;
- Hausdörfer.

Het verzoek om toestemming dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist.

6.36 Trombosedienst

De kosten van hulp door de trombosedienst op voorschrift van een specialist.

7. BUITENLANDDEKKING

7.01 Buitenland Preventiepakket

Bij tijdelijk verblijf van een verzekerde in het buitenland wordt voor risicovolle landen een Buitenland Preventiepakket verstrekt onder overlegging van een kopie van het reisbiljet of een kopie van het boekingsbewijs. Dit pakket bevat onder andere een bloedtransfusieset, steriele spuiten, naalden en handschoenen.

7.10.b Buitenland

Voor in het buitenland gemaakte kosten gelden de volgende bepalingen (met inachtneming van artikel 3.2.2 van het Reglement):

- De kosten die volgens het Reglement ook in Nederland vergoed zouden worden, en wel op basis van de tarieven die gelden in het desbetreffende land.
- De maxima en eigen risico's die in Nederland gelden voor de medische kosten zijn van toepassing.
- Kosten verbonden aan opname in een algemeen erkend ziekenhuis worden uitsluitend voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen vergoed. Bij een onderbreking van deze periode met meer dan 30 dagen begint een nieuwe periode. Dit maximum geldt ook voor een in het buitenland begonnen en in Nederland voortgezette behandeling.
- Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de middenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden.
- Niet vergoed worden de kosten die redelijkerwijze te voorzien waren bij het vertrek naar het buitenland. Verzekeraar is echter bevoegd om op een daartoe strekkend verzoek toch vergoeding toe te kennen indien zij -na kennisneming van het advies van de medisch adviseur van verzekeraar- van oordeel is dat sprake is van een uitzonderlijk geval en dat behandeling in het buitenland dringend noodzakelijk is. Een verzoek hiertoe dient minstens twee maanden voor de behandeling te worden ingediend, tenzij dit om medische redenen onmogelijk is.

7.21 Voorschot van geneeskundige kosten

Bij ziekenhuisopname van een verzekerde in het buitenland zal TravelCare (tel. 0031 26 36 36 212) stappen ondernemen om directe betaling van de geneeskundige kosten te waarborgen. In noodgevallen zal TravelCare deze kosten voorschieten, mits een garantiestelling dan wel een deposito wordt afgegeven. TravelCare zal onderzoek verrichten naar de medische noodzaak en de duur van ziekenhuisopname in het buitenland en zal tevens nagaan of declaraties van geneeskundige kosten correct zijn.

7.22 Medische bijstand en repatriëring van verzekerden

Bij ernstige ziekte of ongeval in het buitenland belt of laat de verzekerde bellen naar TravelCare (tel. 0031 26 36 36 212). Indien de artsen het medisch vervoer van de verzekerde naar een beter of meer gespecialiseerd ziekenhuis respectievelijk het repatriëren voorstellen, dan zal TravelCare zich hiermee belasten. Uitsluitend medische redenen worden in aanmerking genomen bij de keuze van het vervoermiddel. In elk geval zal de goedkeuring van het medisch team van TravelCare voorafgaan aan het transport. TravelCare belast zich met de repatriëring van de verzekerde kinderen jonger dan 16 jaar, indien degenen die er in het buitenland zorg voor dragen hiertoe, ten gevolge van ziekte of ongeval, niet in staat zijn.

7.23 Repatriëring na overlijden

Bij overlijden van de verzekerde belast TravelCare zich met alle formaliteiten ter plaatse en met het transport tot in Nederland. Wordt hiervan geen gebruikgemaakt, dan bestaat recht op vergoeding van de begrafeniskosten ter plaatse en van de kosten van vervoer van de familieleden in de eerste en tweede graad, geregistreerd partner of duurzaam samenlevend persoon, tot ten hoogste het bedrag dat zou zijn verschuldigd bij vervoer van het stoffelijk overschot van de verzekerde naar de woonplaats van de verzekerde met een maximum van f 12.500,-.

7.24 Reisbiljet ter beschikking van een familielid

Bij verblijf in een ziekenhuis langer dan vijf dagen zal TravelCare zich met het vervoer van een familielid in de eerste of tweede graad, geregistreerd

partner of duurzaam samenwonend persoon belasten, teneinde de in het ziekenhuis opgenomen verzekerde te bezoeken. Verblijfkosten worden vergoed tot maximaal f 150,- per dag, met een maximum van drie dagen.

7.25 Kosten van opsporing en redding

TravelCare belast zich met en vergoedt de kosten van opsporing, redding en bergings- en transportwerkzaamheden naar de bewoonde wereld van een vermiste, verongelukte of zieke verzekerde.

7.26 Toezending van medicijnen

TravelCare belast zich met het verzenden van medisch noodzakelijke medicijnen die niet ter plaatse verkrijgbaar zijn.

7.27 Doorgeven van boodschappen

TravelCare belast zich met het doorgeven van dringende boodschappen, vallende onder de omschreven hulpverlening.

7.28 Bemiddeling inzake geld

TravelCare neemt voor haar rekening de bemiddelingskosten (inclusief kosten van overmaken) van het in noodgevallen benodigde geld. Voorschotten of garanties worden niet verstrekt.

7.29 Communicatiekosten

Indien recht op vergoeding van schade, recht op uitkering of recht op hulpverlening bestaat, worden de noodzakelijk gemaakte telefoon-, telegram-, fax- of e-mailkosten om TravelCare te bereiken, vergoed.

7.30 Geldigheidsgebied

a. In Nederland wonende verzekerden:

De uitkeringen en diensten zoals in 7.21 t/m 7.29 vermeld, zullen worden toegekend aan verzekerden als zij reizen in de gehele wereld, met uitzondering van Nederland.

b. Buiten Nederland wonende verzekerden:

De uitkeringen en diensten zoals in 7.21 t/m 7.29 vermeld, zullen worden toegekend aan verzekerden als zij reizen in de gehele wereld, met uitzondering van het land waarin hun woonplaats is gelegen.

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

8.01.c Tandheelkundige hulp door een tandarts voor verzekerden jonger dan 21 jaar

Voor deze verzekerden bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de behandeling door een tandarts of een dienst voor jeugd tandverzorging, waaronder zijn begrepen de door deze in rekening gebrachte techniekkosten, tot een maximum van f 750,- per verzekerde per kalenderjaar. Voor verzekeringen met een vast eigen risico aan de voet tellen tandartskosten tot het genoemde maximum mee voor het volmaken van het eigen risico.

8.12.a Tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden vanaf 21 jaar

a. Preventief onderhoud

De kosten van preventief onderhoud, eenmaal per verzekerde per kalenderjaar.

Het preventieve onderhoud omvat:

- periodieke controle (C10);
- eerste bezoek nieuwe patiënt (C30);
- consult inclusief kleine verrichting (C20);
- het verwijderen van tandsteen (M50, M55 of M59);
- controle en instructie mondhygiëne (M30 of M40).

b. Kronen

De kosten van:

- kronen, stifttanden, inlays of brugdelen f 120,- per element tot maximaal f 360,- per verzekerde per kalenderjaar;
- een wortelkanaalbehandeling tot maximaal f 45,- per element voor zover deze behandeling noodzakelijk is voor de plaatsing van kronen, stifttanden of brugdelen.

c. Prothesen

De kosten van:

- de aanschaf of rebasing van een volledige prothese tot maximaal f 440,- per 5 jaar met dien verstande dat voor de aanschaf of rebasing per boven- of onderprothese tot maximaal f 220,- per verzekerde per 5 jaar wordt vergoed;
- de aanschaf of rebasing van een partiële prothese f 20,- per element tot maximaal f 220,- per 5 jaar per boven- of onderprothese.

De periode van 5 jaar wordt, tijdens de verzekerde duur, geacht te zijn begonnen vanaf de datum van eerste aanschaf of rebasing. Indien uit de data niet duidelijk blijkt wanneer de eerste aanschaf of rebasing heeft plaatsgevonden, is de notadatum bepalend voor de aanvang van de periode van 5 jaar.

8.20* Tandheelkundige hulp aan verzekerden met een lichamelijke of geestelijke handicap

Indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan de normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, geldt een afwijkende regeling. Na vooraf verleende goedkeuring door verzekeraar vindt vergoeding van kosten plaats onder de door verzekeraar gestelde voorwaarden. Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor de verzekerde met een lichamelijke en/of geestelijke handicap die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

8.21.b* Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

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. De hieronder vermelde omschrijving van de tandheelkundige afwijkingen is limitatief, hetgeen inhoudt dat afwijkingen die niet zijn genoemd, niet voor vergoeding in aanmerking komen.

Het betreft de volgende afwijkingen:

- a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn, de verstandskiezen hieronder niet begrepen;
- b. een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten of de vervaardiging van uitneembare of vastzittende prothetische voorzieningen bij tevoren reeds bestaande onvolkomenheden in dorsale afsteuning of bij diastemen elders in het gebit, niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. De kosten van de in de vorige volzin genoemde eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts en/of een gespecialiseerd centrum komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- c. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische (uitneembare of vastzittende) voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- d. een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis);

- e. een uitgebreid defect aan de mond, kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect). Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend, indien de behandeling een benadering in teamverband vereist en/of van een zodanige moeilijkheidsgraad is dat bijzondere deskundigheid en vaardigheid benodigd is. Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Vergoed wordt 90% van de gedeclareerde bedragen.

8.40.f* Orthodontische behandeling van verzekerden jonger dan 21 jaar

De kosten van een eerste consult met betrekking tot de kostenbegroting en orthodontische behandeling (gebitsregulatie) na verwijzing door de huisarts of tandarts. Voor aanvang van de behandeling dient een kostenbegroting door de behandelend tandarts, orthodontist of Orthocenter aan verzekeraar te worden overgelegd. De vergoeding per verzekerde tot ten hoogste 21 jaar omvat:

- het door een orthodontist, overeenkomstig het gedeponeerde specialistentarief, gedeclareerd bedrag;
- of
- het door een tandarts, overeenkomstig de Uniforme Particuliere Tarieven, gedeclareerd bedrag.

De vergoeding bedraagt maximaal f 3.500,- per verzekerde tot 21 jaar tijdens de totale duur van de verzekering.

8.42* Orthodontie bij kaakorthopedische afwijkingen

De kosten van orthodontische 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 gnatho- en/of palatoschisis).

8.43.b* Orthodontie via Orthocenter

Indien de behandelingen als bedoeld in artikel 8.40.f door een Orthocenter worden uitgevoerd, worden de kosten volledig vergoed. Het genoemde maximum is dan niet van toepassing.

8.50 Kaakchirurgische behandeling

De kosten voor behandeling of onderzoek door een kaakchirurg, volgens algemeen aanvaarde medische en tandheelkundige normen en behorende tot het specialisme, waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven. Tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak zijn uitgesloten van vergoeding.

10. OVERIGEN

10.01 De Zorgmakelaar

Zorgmanagement is een exclusieve dienstverlening van de Zorgmakelaar waarbij op verzoek van verzekerde de benodigde (medische) zorg wordt georganiseerd, verbeterd, bespoedigd en/of toegelicht. Deze dienstverlening omvat o.a.:

- wachtlijstbemiddeling door de Zorgmakelaar bij medisch noodzakelijke behandeling door een specialist in een ziekenhuis of een opname in een ziekenhuis;
- bemiddeling bij het vinden van de meest geschikte behandeling bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat;
- het organiseren van thuiszorg ter vervanging of verkorting van een verblijf in het ziekenhuis;
- versnelde intensieve medisch noodzakelijke behandeling;
- kinderopvang bij opname van de verzorgende ouder;

- bemiddeling voor taxivervoer;
- informatie over ziektebeelden en -ontwikkelingen, medicijnen, dieet en voedingsmiddelen, hulpmiddelenadvies etc.;
- informatie en advies bij ziekte voor huishoudelijke hulp, kinderopvang e.d.;
- bemiddeling bij het vinden van de meest geschikte behandeling bij arbeidgerelateerde psychische problematiek.

Voor meer informatie over de dienstverlening van de Zorgmakelaar verwijzen wij u naar de brochure van de Zorgmakelaar. Deze brochure kan worden aangevraagd bij verzekeraar.

10.10.a Premievrijstelling

Indien de verzekeringnemer (eerstgenoemde op de polis) voor zijn/haar 65ste verjaardag overlijdt, is voor de overige verzekerden op de polis tot een jaar daarna, te rekenen vanaf de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin het overlijden van verzekeringnemer heeft plaatsgevonden, geen premie verschuldigd (met uitzondering van de wettelijke heffingen).

10.40 Vroegsignalering

Verzekerde kan een beroep doen op Vroegsignalering door ProVé B.V. na een aaneengesloten periode van 13 weken verzuim door arbeidsongeschiktheid, dan wel direct nadat de bedrijfsarts heeft aangegeven te verwachten dat het verzuim langer dan 13 weken zal gaan duren. Een verzoek tot Vroegsignalering dient bij verzekeraar te worden ingediend.

AANVULLENDE VERZEKERINGEN

De hierna volgende voorwaarden hebben betrekking op afzonderlijk af te sluiten verzekeringen. De verzekeringen zijn van kracht voorzover vermeld op het polisblad.

11.10.c KLASSE 2B PAKKET

Binnen de grenzen van het Reglement, waarvan deze Lijst van Verstrekingen een onderdeel vormt, bestaat indien aanvullend meeverzekerd recht op vergoeding/verstrekking van:

A. Meerkosten klasse 2B

De meerkosten bij opname in het ziekenhuis in de verzekerde klasse 2B.

B. Compensatieregeling klasse 2B

Indien een klasse 2B-verzekerde vrijwillig of onvrijwillig vanaf de opnamedatum klasse 3 in een ziekenhuis heeft gelegen, dan kan deze verzekerde na indiening van een verzoek bij verzekeraar naar keuze aanspraak maken op één van de navolgende vergoedingen:

- Voor iedere nacht dat een klasse 2B-verzekerde klasse 3 in een ziekenhuis heeft gelegen, heeft verzekerde recht op vergoeding van f 50,- per nacht. Indien de vergoeding f 400,- of meer bedraagt, heeft de verzekerde de keus tussen een financiële vergoeding zonder maximum.

of

- Indien een klasse 2B-verzekerde vanaf de opnamedatum minimaal acht aaneengesloten nachten klasse 3 in een ziekenhuis heeft gelegen, dan heeft verzekerde het recht om op kosten van verzekeraar met partner een driedaags kuurarrangement te ondergaan in het kuuroord Thermae 2000 te Valkenburg aan de Geul of in kuuroord Sanadôme te Nijmegen. De aanspraak op deze vergoeding vervalt indien verzekerde niet binnen drie maanden na de ontslagdatum uit het ziekenhuis het driedaags

kuurarrangement te heeft ondergaan. Het door verzekeraar met deze kuuroorden afgesloten driedaags kuurarrangement bestaat uit de volgende onderdelen:

- twee overnachtingen (uitgezonderd eerste en tweede Kerstdag) in een één- of tweepersoonskamer met terras en badfaciliteiten met water uit de mineraalrijke bronnen;
- twee ontbijten, twee lunches en twee diners voor maximaal twee personen;
- drie dagen gebruikmaken van de standaardfaciliteiten van het kuuroord (bijvoorbeeld: thermale binnen- en buitenbaden met onderwaterstraalmassages, whirlpools, gymnasium voor lichaams-training, hydrogym, yogatraining);
- persoonlijke ontvangst en begeleiding van verzekerde en eventuele partner;
- intakegesprek en, afhankelijk van persoonlijke gezondheidssituatie, het opstellen van een kuurplan voor de uit het ziekenhuis ontslagen verzekerde.

Niet inbegrepen in het driedaags kuurarrangement zijn de kosten van extra consumpties, therapieën en/of behandelingen. Het recht op het driedaags kuurarrangement is niet overdraagbaar aan derden.

De compensatieregeling is niet van toepassing bij opname in een buitenlands ziekenhuis.

11.82 UITGEBREID-ONDERWIJS-TANDARTS PAKKET

Met inachtneming van het Reglement biedt het Uitgebreid Tandarts Pakket aan verzekerden van 21 jaar en ouder de hierna genoemde tandheelkundige vergoedingen. Met uitzondering van de vergoeding voor kronen, bruggen, inlays en prothetische hulp vormen de behandelingen een aanvulling op de vergoedingen van uw ziektekostenpolis. Het eventueel door u gekozen eigen risico blijft buiten beschouwing.

Röntgenfoto's

Vergoeding van 80% van de kosten van röntgenfoto's in verband met:

- cariëdiagnostiek (X10);
- wortelkanaalbehandelingen (X10);
- parodontologie (X10).

Per kalenderjaar worden maximaal 6 röntgenfoto's per verzekerde vergoed.

Anesthesie

Vergoeding van 80% van de kosten van verdoving (A10).

Restauratieve behandelingen

Vergoeding van 80% van de kosten van:

- blijvende een-, twee- of drievlaksvulling van plastisch materiaal (V10, V11, V12, V13, V14, V50, V60, V70, V80, V85);
- etsen (bij composiet V20 of V21);
- wortelkanaalbehandeling (E10, E15, E20, E25, E40, E50, E70, E75, E85);
- stift en opbouw van plastisch materiaal in wortelkanaal (R31).

Per kalenderjaar worden maximaal zes restauraties van plastisch materiaal per verzekerde vergoed.

Kronen, bruggen, inlays

In plaats van de vergoedingen die zijn opgenomen in uw ziektekostenpolis worden de kosten van de onderstaande voorzieningen tot de aangegeven maxima volledig (100%) vergoed:

- etsbrug als blijvende voorziening (R60, R61, R65, R66, R00)* maximaal f 350,-
- gegoten opbouw met stiftverankering in wortelkanaal per element (R32, R33, R00)* maximaal f 150,-
- inlays (gegoten vulling)* per element (R11, R12, R13, R00)* maximaal f 350,-
- kronen*, brugdelen* per element (R20, R25, R26, R27, R40, R45, R00)* maximaal f 500,-

De genoemde bedragen zijn maxima per verzekerde per element. De gezamenlijke kosten van meervlaks-inlays, kronen en brugdelen komen tot die van ten hoogste 4 elementen per periode van 12 maanden voor vergoeding in aanmerking. De periode van 12 maanden wordt, tijdens de verzekerde duur, geacht te zijn begonnen met het plaatsen van de eerste inlay, kroon of brug. Indien uit de nota niet duidelijk blijkt wanneer de eerste inlay, kroon of brug is geplaatst, is de notadatum bepalend voor de aanvang van de periode van 12 maanden.

*** Voor R-codes geldt een wachttijd van 1 jaar na ingang van het aanvullend tandartspakket.**

Parodontale behandelingen, mits uitgevoerd volgens het zogenaamde parodontologieprotocol. Kosten voor eerder doorlopen fases van het protocol komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding van 80% van de kosten van:

- pocketstatus (T11);
- parodontiumstatus (T12);
- initiële parodontale behandeling (T21, T22);
- herbeoordeling (T31, T32, T33);
- consulten nazorg (T51, T52, T53, T55, T56);
- flapoperatie en chirurgische nazorg (T70, T71, T72, T73, T74, T75, T76);
- eindevaluatie (T60, T61);
- gingivectomie deze verrichtingen vallen buiten het parodontologie-protocol (T82, T83).

Parodontale behandelingen uitgevoerd door een vrijgevestigd mondhygiënist(e), mits voldaan wordt aan bovenstaande voorwaarden, worden eveneens voor 100% vergoed.

Voor parodontale behandelingen geldt een wachttijd van 1 jaar na ingang van de verzekering. Per kalenderjaar wordt voor parodontale behandelingen maximaal f 1500,- per verzekerde vergoed.

Chirurgische behandeling door tandarts

Vergoeding van 80% van de kosten van:

- extracties en wondverzorging (H10, H15, H20, H25);
- gecompliceerde extracties (H21, H30, H35);
- apexresectie (H21, H42, H43);
- terugplaatsing tand (H21, H50, H55).

Uitneembare prothetische voorzieningen

In plaats van de vergoedingen die zijn opgenomen in de polis eenmaal per verzekerde per 5 jaar volledige vergoeding tot de aangegeven maxima voor:

- volledige prothese per boven- of onderprothese (P21, P25, P30, P36, P37, P27, P28, P38, P39, P40, P41, P43, P29, P00) maximaal f 600,-
- partiële plaatprothese (max. 11 elementen) per element (P10, P15, P16, P00) maximaal f 50,-
- gegoten metalen frameprothese met 1 element (P34, P35, P00) maximaal f 600,-
- voor elk volgend element in het frame per element (P34, P35, P00) maximaal f 25,-
- rebasen per volledige boven- of onderprothese (P01, P02, P03, P04, P51, P52, P53, P54, P00) volledig
- uitbreiding/repatriatie prothese (P07, P08, P57, P58, P78, P79, P00) volledig

De periode van 5 jaar wordt, tijdens de verzekerde duur, geacht te zijn begonnen vanaf de datum van eerste plaatsing of aanschaf van de prothetische voorziening. Indien uit de nota niet duidelijk blijkt wanneer de eerste plaatsing of aanschaf heeft plaatsgevonden, is de notadatum bepalend voor de aanvang van de periode van 5 jaar.

Orthodontie (gebitsregulatie)

De kosten van een eerste consult met betrekking tot de kostenbegroting en orthodontische behandeling (gebitsregulatie). Deze vindt plaats na verwijzing door de huisarts of tandarts en na overlegging van een kostenbegroting door de behandelend orthodontist of tandarts. De verzekerde dient vooraf schriftelijk toestemming te verkrijgen van verzekeraar.

*** Voor orthodontie geldt een wachttijd van 1 jaar na ingang van het aanvullend tandartspakket.**

Uitsluitingen

Uitgesloten zijn de kosten van:

- a. behandelingen die voor, door of ten dienste van tandheelkundige instituten of tandtechnische inrichtingen zijn gemaakt;
- b. tandheelkundige behandelingen die verricht zijn door anderen dan een bevoegd tandarts, tandprotheticus dan wel mondhygiënist(e);
- c. verzuimde afspraken, behandelingsadviezen, gebitsregistratie, kosten voor tandheelkundige keuringen, het afgeven van attesten e.d. en administratiekosten;
- d. het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak en eventueel noodzakelijke voorbereidende ingrepen.