

Zorg Advies Polis Optimaal variant

Beknopt dekkingsoverzicht

Hieronder vindt u een beknopt dekkingsoverzicht. Dit overzicht geeft beperkt de dekking weer van uw ziektekostenpolis.

Voor de exacte vergoedingsregeling, voorwaarden en eventuele beperkingen verwijzen wij u naar het betreffende artikel verderop in de polisvoorwaarden.

Voor de met een cijfer (1,2,3 of 4) gemerkte dekkingsonderdelen bestaat de mogelijkheid deze uit te sluiten (te 'strippen') van uw polisdekking. Het niet opnemen van de gemerkte

dekkingsonderdelen heeft een procentuele premiekorting tot gevolg. De in de polisvoorwaarden vermelde vergoedingsregeling is niet van toepassing op de door u niet meeverzekerde dekkingsonderdelen.

Op uw polisblad en clauseleblad staan vermeld welke onderdelen u niet hebt meeverzekerd.

Daarnaast bestaat de mogelijkheid te kiezen voor een aanvullende tandartsdekking voor volwassenen. Heeft u voor deze aanvullende dekking gekozen dan staat ook dit op uw polisblad en clauseleblad vermeld.

Dekkingsonderdeel	Omvang dekking	Artikel
Rubriek A,B,C		
ziekenhuis	100%	artikel 3.1
opname	100%	artikel 3.1.1
Astmacentrum Davos	onder bepaalde voorwaarden	artikel 3.1.2
dagverpleging	100%	artikel 3.1.3
niet klinische/poliklinische specialistische behandeling	100%	artikel 3.1.4
revalidatie	100%	artikel 3.1.5
ziekenvervoer	100% (eigen auto f 0,50 per kilometer)	artikel 3.2
geneesmiddelen (1)		artikel 3.3
farmaceutische hulp	100%	artikel 3.3.1
dieetpreparaten	100%	artikel 3.3.2
verbandmiddelen	onder bepaalde voorwaarden	artikel 3.3.3
hulpmiddelen	100% ZN-regeling + f 500,- boven maximum	artikel 3.4.1
brillenglazen/contactlenzen	f 75,- per glas / lens bij 4.25 dioptrieën of meer, max. eenmaal per 3 jaar	artikel 3.4.2
steunzolen	f 150,- per paar, eenmaal per 2 jaar	artikel 3.4.3
bewakingsapparatuur wiegendood	100%	artikel 3.4.4
paramedische hulp		artikel 3.5
fysiotherapie en oefentherapie (4)	100%, na 24 behandelingen overleg	artikel 3.5.1
logopedie en foniatrie	100%	artikel 3.5.2
bevalling en kraamzorg (3)		artikel 3.6
thuisbevalling	100%	artikel 3.6.1
poliklinische bevalling	100%	artikel 3.6.2
bevalling in ziekenhuis of kraaminrichting op medische indicatie	100%	artikel 3.6.3
bevalling in ziekenhuis of kraaminrichting zonder medische indicatie	f 300,- per dag, maximaal 8 dagen	artikel 3.6.4
borstvoeding bij ziekenhuisopname moeder	100%, zolang verpleegkosten voor moeder verschuldigd zijn	artikel 3.6.5
kraamzorg in natura	50 uur kraamzorg + kraampakket incl. kraamcadeau	artikel 3.6.6
vervangende kraamzorg	f 2.400,-	artikel 3.6.7
tandheelkundige hulp		artikel 3.7
tandheelkundige hulp aan verzekerden t/m 20 jaar (3)	100%, tot maximaal f 750,-	artikel 3.7.1
tandheelkundige hulp aan verzekerden t/m 20 jaar met geestelijke/lichamelijke handicap (3)	max. f 140,- per behandelingsuur	artikel 3.7.2
tandheelkundige implantaten	onder bepaalde voorwaarden	artikel 3.7.3
kaakchirurgische behandeling	100%	artikel 3.7.4
tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen	onder bepaalde voorwaarden	artikel 3.7.5
orthodontie		artikel 3.8
kaakorthopedische behandeling	100%	artikel 3.8.1
overige orthodontie voor verzekerden t/m 20 jaar (3)	100%	artikel 3.8.2
audiologische hulp	100%	artikel 3.9
erfelijkheidsonderzoek	onder bepaalde voorwaarden	artikel 3.10
psychologische hulp	75% tot maximaal f 2.000,-	artikel 3.11
nierdialyse		artikel 3.12
nierdialyse in ziekenhuis	100%	artikel 3.12.1
thuisdialyse	100%	artikel 3.12.2

Dekkingsonderdeel	Omvang dekking	Artikel
privé-kliniek	max. ziekenhuiskosten	artikel 3.13
alarmeringsapparatuur thuiszorg	100%	artikel 3.14
chronisch intermitterende beademing	100%	artikel 3.15
Rubriek D		
huisarts (2)	100%	artikel 4.1
Rubriek E		
alternatieve geneeswijzen (4)		artikel 5.1
alternatieve behandeling / consult	max. f 70,-; na 24 behandelingen overleg	artikel 5.1.1
homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	100%	artikel 5.1.2
Rubriek T (aanvullend pakket van toepassing indien meeverzekerd)		
tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 21 jaar		
anesthesie (A-codes)	80%	artikel 6
consulten (C-codes)	80%	artikel 6
röntgendiagnostiek (X-codes)	80%	artikel 6
preventie en mondhygiëne (M-codes)	80%	artikel 6
restauraties (V-codes)	80%	artikel 6
extracties (H-codes)	80%	artikel 6
wortelkanaalbehandelingen (E-codes)	80%	artikel 6
Bijzondere rechten en aanspraken		
orgaantransplantatie (donor)	100%	artikel 7.1
Eurotransplant	100%	artikel 7.2
kinderen met leukemie	kosten van stichting SNWLK	artikel 7.3
sterilisatie/abortus	100%	artikel 7.4
fertiliteitsbevorderende behandelingen	100%; onder bepaalde voorwaarden	artikel 7.5
preventieve geneeskunde	100%	artikel 7.6
second opinion	100%	artikel 7.7
opneming in lagere verpleegklasse	f 50,- per dag	artikel 7.8
gezinsverzorging	max. f 30,- per dag gedurende 100 dagen	artikel 7.9
thuiszorg	AWBZ-dekking	artikel 7.10
stottertherapie		artikel 7.11
Del Ferro	max. f 2.000,-	artikel 7.11
BOMA methode	max. f 2.000,-	artikel 7.11
Doetinchemse methode	100 %	artikel 7.11
acné-behandeling	vergoeding peeling / dermabrosie	artikel 7.12
Ronald McDonaldhuis, of aan ziekenhuis verbonden logeer- of familiehuis	f 25,- per dag	artikel 7.13
bezoek aan in een ziekenhuis verblijvend kind	f 0,50 per km.; max. f 2.500,-	artikel 7.14
astmatische jongeren (kamp)	f 15,- per dag; maximaal 42 dagen	artikel 7.15
vakantie en handicap	100% vergoeding thuiszorg via STG	artikel 7.16
herstellingsoord	f 50,- per dag, maximaal 42 dagen	artikel 7.17
thuisbehandeling psoriasis met lichttherapie	100%	artikel 7.18
kuurreizen	na voorafgaande toestemming	artikel 7.19
therapeutische vakantie voor Ca-patiënten	100% verblijfkosten	artikel 7.20
dieet- en voedingsadviezen	100%, maximaal f 500,-	artikel 7.21
plaswekker	100%	artikel 7.22
plastische chirurgie (afstaande oren, borstverkleining, buikwand-, littekencorrectie)	100%	artikel 7.23
recht op premievrijstelling bij overlijden	onder bepaalde voorwaarden	artikel 7.24
recht op premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid	onder bepaalde voorwaarden	artikel 7.25
buitenland	Europa: kostprijs buiten Europa; 2x Nederlands tarief	artikel 7.26
repatriëring		artikel 7.27
medisch noodzakelijke repatriëring	100% tot f 10.000,-	artikel 7.27.1
repatriëring van het stoffelijk overschot	100% tot f 10.000,-	artikel 7.27.2

(1) stripoptie 1: geneesmiddelen (boven f 1.000,- per verzekerde per jaar wordt wel vergoed)

(2) stripoptie 2: huisarts

(3) stripoptie 3: bevalling, kraamzorg, orthodontie, tandheelkundige hulp voor kinderen

(4) stripoptie 4: paramedische hulp en alternatieve geneeswijzen

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

1.1 De maatschappij

Maatschappij Voor Zorgverzekering Gouda N.V.

1.2 Verzekerde

Ieder van de als zodanig op het polisblad vermelde personen.

1.3 Verzekeringnemer

Degene die de verzekeringsovereenkomst met de maatschappij is aangegaan.

1.4 Alternatieve geneeswijzen

De alternatieve geneeskunst die wordt uitgeoefend door in Nederland gevestigde artsen of therapeuten. De maatschappij behoudt zich ten aanzien van genoemde artsen en therapeuten het recht voor vergoeding van kosten te verbinden aan door haar te stellen voorwaarden, waaronder erkende opleiding en lidmaatschap van een Nederlandse beroepsvereniging. Onder alternatieve geneeswijzen worden onder andere verstaan behandeling door een acupuncturist, natuurarts, fleboloog, homeopaat, Moerman therapeut en manueel therapeut (die niet tevens fysiotherapeut is).

1.5 Arts

Een in Nederland gevestigd arts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.6 Audiologische hulp

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

1.7 Bijkomende kosten

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

1.8 Centrum voor erfelijkheidsadvies

Een in Nederland gelegen instelling die een vergunning van de overheid heeft voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

1.9 Centrum voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig erkend universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

1.10 Dagverpleging

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

1.11 Farmaceutische hulp

Hieronder wordt verstaan de volgende bij ministeriële regeling aangewezen farmaceutische hulp:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening mogen worden afgeleverd;

- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
- bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie;
- polymere, obliomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

1.12 Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.13 Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Geneesmiddelen op homeopathische of antroposofische grondslag bereid welke worden geleverd door een in Nederland gevestigde apotheker, op voorschrift van de in artikel 1.4 genoemde artsen en therapeuten.

1.14 Huisarts

Een in Nederland in de woonplaats of in de verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan gevestigde arts die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartshulp zowel thuis bij de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

1.15 Hulpmiddelen

De middelen die in de regeling Hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

1.16 Kaakchirurg

Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

1.17 Kaakchirurgische behandeling

Behandeling of onderzoek volgens medische en tandheelkundige normen algemeen aanvaard en behorende tot het specialisme waarvoor de kaakchirurg is ingeschreven.

1.18 Kaakorthopedie

Dit is een onderdeel van de kaakchirurgie. Het heeft betrekking op de operatieve correctie (osteotomie van de kaak) van een gestoorde relatie tussen onder- en bovenkaak. Doel is een verbeterde occlusie en een verbeterd spraak- of kauwvermogen.

1.19 Kraaminrichting

Een door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig toegelaten instelling alsmede een door de maatschappij erkende kraaminrichting.

1.20 Kosten van specialistische behandeling

1.20.1 Klinische specialistische behandeling

- Het honorarium van een specialist wegens door hem verrichte behandeling tijdens de opname in een ziekenhuis.
- Bijkomende kosten als omschreven in artikel 1.7 voorzover behorend tot de klinische behandeling.

1.20.2 Niet-klinisch specialistische behandeling

- Het honorarium van een op advies van de huisarts of de tandarts geraadpleegde specialist wegens door hem verrichte behandeling, niet gepaard gaande met opname in een ziekenhuis.
- Bijkomende kosten als omschreven in artikel 1.7 voorzover behorend tot de niet-klinische behandeling.
- Bovendien wordt onder de kosten van niet-klinische specialistische hulp verstaan de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, voorzover die kosten in rekening worden gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

1.21 Logopedist

Een in Nederland gevestigde logopedist, die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Logopedisten Besluit.

1.22 Medische noodzaak

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

1.23 Medisch-specialistische behandeling

Behandeling of onderzoek volgens medische normen algemeen aanvaard en behorend tot het specialisme waarvoor de specialist is ingeschreven.

1.24 Oefentherapeut Cesar / oefentherapeut Mensendieck

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar / oefentherapeut Mensendieck die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

1.25 Opname

Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl regelmatig behandeling door een medisch specialist of een kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.

1.26 Orthodontist

Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

1.27 Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze hulp wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist, verbonden aan een door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling.

1.28 Specialist

Een in Nederland gevestigde arts die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.29 Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.30 Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

1.31 Verpleegkosten

Kosten van verpleging die door een ziekenhuis volgens de door de bevoegde overheidsinstanties goedgekeurde tarieven in rekening worden gebracht.

1.32 Ziekenhuis

Een in Nederland gelegen instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten, alsmede het Astmacentrum te Davos.

1.33 Ziektegeval

Elke ononderbroken behoefte aan geneeskundige behandeling, voortgekomen uit dezelfde ziekte-oorzaak of ziekte-oorzaken c.q. hetzelfde ongeval.

Artikel 2 Dekking van de ziektekostenpolis

2.1 Omvang van de dekking

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt de maatschappij de kosten van de hierna in artikel 3 t/m 7 genoemde in Nederland ondergane medische behandelingen, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen, op basis van het door of namens de maatschappij met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de maatschappij genoemde kosten op basis van het alsdan rechtsgeldige tarief. Indien en voorzover de maatschappij meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan de maatschappij een volmacht tot incasso op naam van de maatschappij te hebben verleend, van het door verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

2.2 Stripopties

Deze ziektekostenpolis biedt u de mogelijkheid bepaalde dekkingsonderdelen uit uw verzekering te 'strippen'. Dit wil zeggen dat u de mogelijkheid heeft om één of meerdere dekkingsonderdelen niet in de polis op te nemen (te 'strippen'). Kiest u ervoor één of meerdere dekkingsonderdelen niet in de polis op te nemen dan heeft dit tot gevolg dat de in de polisvoorwaarden omschreven dekking niet van toepassing is. Op uw polisblad en clausuleblad staat vermeld welke dekkingsonderdelen u niet heeft meeverzekerd. Ingeval u de stripoptie geneesmiddelen niet heeft meeverzekerd houdt dit in dat u voor geneesmiddelen een eigen bijdrage heeft van f 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar. Hoge kosten (boven de f 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar) worden echter gewoon vergoed. Indien u ervoor kiest een bepaald dekkingselement niet in de polis op te nemen (te 'strippen') dan biedt dit u een procentuele premiekorting. Hieronder vindt u een overzicht van de vier stripopties. Tevens vindt u hierin aangegeven welke artikelen in de polisvoorwaarden in dit geval niet van toepassing zijn en welk percentage premiekorting het niet opnemen van het dekkingsonderdeel u biedt.

Indien u een dekkingsonderdeel gestript heeft van de polisdekking is dit van toepassing op alle verzekerden op de polis.

stripoptie	omvang dekking	kortingspercentage
(1) geneesmiddelen	artikel 3.3	6%
(2) huisarts	artikel 4.1	5%
(3) bevalling, kraamzorg, orthodontie en tandheelkundige hulp voor kinderen	artikel 3.6; 3.7.1; 3.7.2; 3.8.2	6%
(4) paramedische hulp (fysiotherapie en oefentherapie) en alternatieve geneeswijzen	artikel 3.5.1; 5.1	4%

Naast deze stripopties is het ook mogelijk uw ziektekostenverzekering uit te breiden met een aanvullend pakket voor tandartskosten volwassenen (artikel 6). Indien u voor deze aanvullende tandartsdekking heeft gekozen staat ook dit op uw polisblad en clauseblad vermeld.

Artikel 3 Rubriek A, B en C

3.1 Ziekenhuis

3.1.1 Opname

Bij een ziekenhuisopname in de verzekerde klasse voor onbepaalde tijdsduur vindt vergoeding plaats van:

- de verpleegkosten;
- de kosten van medisch-specialistische of kaakchirurgische hulp;
- de bijkomende kosten.

Vereiste

U dient de maatschappij zo spoedig mogelijk in kennis te stellen van de opname. Deze kennisgeving kan schriftelijk of telefonisch geschieden.

3.1.2 Astmacentrum Davos

De kosten van behandeling in het Nederlands Astmacentrum in Davos worden alleen, na voorafgaande toestemming van de maatschappij, vergoed indien naar oordeel van de medisch adviseur van de maatschappij:

- optimale behandeling in Nederland heeft plaats gehad of de verwijzing in overleg met voornoemd centrum tot stand is gekomen en;
- de behandeling in Davos een zodanig diagnostische of therapeutische meerwaarde heeft dat de behandeling daar doelmatig wordt geacht.

3.1.3 Dagverpleging

Bij dagverpleging komen de volgende kosten voor vergoeding in aanmerking:

- de kosten van de bedverpleging;
- de bijkomende kosten;
- het honorarium van de specialist.

3.1.4 Niet klinische / poliklinische medisch specialistische behandeling

De volgende kosten komen voor vergoeding in aanmerking:

- het honorarium van een specialist voor een niet-klinische behandeling (poliklinisch of bij de specialist thuis);
- de bijkomende kosten.

3.1.5 Revalidatie

Vergoeding van de kosten van revalidatiebehandeling volgens het door de specialist opgestelde behandelingsplan na vooraf verleende machtiging door de maatschappij. Revalidatie kan plaatsvinden in een klinische situatie (opname) en in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

3.2 Ziekenvervoer

Vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer (per ambulance-auto, helikopter, taxi, huurauto, eigen auto) in Nederland zowel naar als van een ziekenhuis, sanatorium of kraaminrichting, alsmede naar en van de plaats waar de behandelend specialist praktijk uitoefent, voorzover dit verband houdt met verpleging, onderzoek of behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de maatschappij komen. De vergoeding voor het gebruik van eigen auto is vastgesteld op f 0,50 per kilometer.

Vereisten

- Het ziekenvervoer moet medisch noodzakelijk zijn, dit moet blijken uit een verklaring van de arts of specialist.
- Medisch noodzakelijk wil zeggen dat gebruik van het openbaar vervoer om medische redenen niet mogelijk is.
- Recht op herhaald ziekenvervoer bestaat uitsluitend indien de maatschappij, op een daartoe strekkend verzoek, tevoren toestemming heeft verleend.

3.3 Geneesmiddelen (stripoptie)

3.3.1 Farmaceutische hulp

Vergoeding van de kosten van farmaceutische hulp, mits de farmaceutische hulp is afgeleverd op voorschrift van een arts, tandarts of verloskundige door een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts, tenzij de maatschappij anders bepaalt.

3.3.2 Dieetpreparaten

De kosten van dieetpreparaten worden vergoed conform de Uniforme regeling Dieetpreparaten van Zorgverzekeraars Nederland na toestemming vooraf door de maatschappij.

Vereisten

Er moet sprake zijn van een ernstige:

- resorptiestoornis;
- voedselallergie;
- passagestoornis;
- stofwisselingsstoornis;
- slikstoornis.

3.3.3 Verbandmiddelen

Verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

Uitsluitingen geneesmiddelen

Niet voor vergoeding komen in aanmerking:

- versterkende- en voedingsmiddelen (anders dan dieetpreparaten als bedoeld in artikel 3.3.2).
- vermageringsmiddelen;
- tonica, medicinale wijnen, traanproducten;
- vitamine preparaten;
- laxemiddelen;
- cosmetische middelen.

3.4 Hulpmiddelen, brillenglazen / contactlenzen, steunzolen, bewakingsapparatuur wiegendood

3.4.1 Hulpmiddelen

De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) worden, overeenkomstig de regeling Hulpmiddelen zoals deze door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld, vergoed. Daarnaast vindt vergoeding plaats van de eventuele meerkosten van deze hulpmiddelen tot een maximum van f 500,- per kalenderjaar per verzekerde.

Vereisten

- Het hulpmiddel is voorgeschreven door de arts of specialist;
- De maatschappij heeft, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming gegeven. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

3.4.2 Brillenglazen / contactlenzen

Vergoeding van brillenglazen / contactlenzen vindt tot ten hoogste eenmaal per 3 kalenderjaren plaats tot een maximum van f 75,- per brillenglas of contactlens van 4,25 dioptrieën of meer.

3.4.3 Steunzolen

De kosten van steunzolen komen eenmaal per 2 jaar tot ten hoogste f 150,- per paar voor vergoeding in aanmerking.

Vereiste

De steunzolen dienen voorgeschreven te zijn door een arts of specialist.

3.4.4 Bewakingsapparatuur wiegendood

De huurkosten voor bewakingsapparatuur wiegendood worden volledig vergoed.

Vereiste

De apparatuur is voorgeschreven door de specialist.

3.5 Paramedische hulp

3.5.1 Fysiotherapie en oefentherapie (stripoptie)

Vergoed worden de kosten van behandelingen gegeven door een:

- fysiotherapeut;
- oefentherapeut Cesar;
- oefentherapeut Mensendieck.

Per verzekerde komen 24 behandelingen per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking. Het recht op vergoeding na 24 behandelingen bestaat uitsluitend indien de maatschappij, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming heeft verleend, bij welke toestemming nadere voorwaarden kunnen worden gesteld.

Vereiste

De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van huisarts of medisch specialist.

Uitsluitingen

- Onder de kosten van fysiotherapie en oefentherapie worden niet verstaan die van zwangerschaps- en kraamvrouwen-gymnastiek, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.
- Onder de kosten van fysiotherapie en oefentherapie worden ook niet verstaan die van manuele therapie, tenzij de manuele therapie gegeven wordt door een manueel thera-

peut die tevens fysiotherapeut is. In dit laatste geval worden de kosten vergoed voor het wettelijk vastgestelde tarief.

3.5.2 Logopedie en foniatrie

De kosten van behandeling op voorschrift van de huisarts of medisch specialist door een logopedist komen voor vergoeding in aanmerking.

Uitsluitingen

Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van:

- dialect;
- anderstaligheid.

3.6 Bevalling en kraamzorg (stripoptie)

De hierna volgende regeling met betrekking tot bevalling en kraamzorg is van toepassing op de vrouwelijke verzekerden. Kosten van het pasgeboren kind komen ten laste van de verzekeringsmaatschappij waar het kind verzekerd is.

3.6.1 Thuisbevalling

Bij een thuisbevalling wordt het honorarium voor de verloskundige hulp vergoed.

3.6.2 Poliklinische bevalling

Bij een poliklinische bevalling worden de volgende kosten vergoed:

- het honorarium voor de verloskundige hulp;
- de kosten van gebruik polikliniek.

3.6.3 Bevalling in ziekenhuis of kraaminrichting op medische indicatie

Bij een bevalling in ziekenhuis of kraaminrichting op medische indicatie worden de volgende kosten vergoed:

- de verpleeg- en bijkomende kosten in de verzekerde klasse;
- het honorarium voor de verloskundige hulp.

3.6.4 Bevalling in ziekenhuis of kraaminrichting zonder medische indicatie

Bij een bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting zonder medische indicatie worden de volgende kosten vergoed:

- de verpleeg- en bijkomende kosten van moeder en kind tezamen in de verzekerde klasse gedurende maximaal 8 dagen, gerekend met ingang van de dag van bevalling, tot maximaal f 300,- per dag;
- het honorarium van de verloskundige hulp.

3.6.5 Borstvoeding bij ziekenhuisopname moeder

Indien verzekerde kinderen voor borstvoeding samen met de moeder in het ziekenhuis verblijf moeten houden zullen de daaraan verbonden kosten overeenkomstig het tarief voor gezonde zuigelingen worden vergoed zolang de maatschappij voor de moeder vergoeding van de verpleegkosten verschuldigd is.

3.6.6 Kraamzorg in natura

Bij kraamzorg in natura kan aanspraak gemaakt worden op het Natura-Kraamzorgpakket. Dit pakket bestaat uit 50 uur kraamzorg verdeeld over maximaal 10 dagen met een minimum van 4 zorguren per dag.

Indien de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis of kraaminrichting (anders dan poliklinische bevalling) of er een opname plaatsvindt na de bevalling, wordt voor elke opnamedag 5 zorguren in mindering gebracht.

De kraamzorg wordt via een landelijk werkende organisatie op het gebied van kraamzorg door gediplomeerde kraamverzor-

genden verleend en wordt door de Goudse ingeschakeld. Bij thuisbevalling met partus assistentie wordt 4 uur extra kraamzorg verleend.

Vereiste

De kraamzorg dient tenminste drie maanden voor de uitgerekende bevallingsdatum bij de maatschappij te worden aangevraagd. Voor nadere informatie kunt u contact opnemen met de Zorg AdviesLijn: telefoon (0182) 544 920.

3.6.7 Vervangende kraamzorg

In plaats van het Natura-Kraamzorgpakket kan gekozen worden voor een geldelijke uitkering. Deze uitkering bedraagt maximaal f 2.400,-.

Indien de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis of kraaminrichting (anders dan poliklinische bevalling), of er een opname plaatsvindt na de bevalling, wordt voor elke opnamedag een bedrag van f 240,- in mindering gebracht.

De vergoeding vindt na declaratie plaats, ongeacht of aansluitend aan de bevalling gebruik wordt gemaakt van kraamzorg door een gediplomeerde kraamverzorgende en ongeacht of de werkelijke kosten hoger of lager zijn.

3.7 Tandheelkundige hulp

3.7.1 Tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden tot en met 20 jaar (stripoptie)

Tandheelkundige behandelingen door een tandarts of een dienst voor jeugdtandverzorging voor verzekerden tot en met 20 jaar worden volledig vergoed tot maximaal f 750,- per verzekerde per kalenderjaar.

3.7.2 Tandheelkundige hulp voor verzekerden tot en met 20 jaar met een geestelijke en/of lichamelijke handicap (stripoptie)

Indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is bovengenoemde vergoeding (artikel 3.7.1) niet van toepassing.

De kosten voor tandheelkundige hulp worden vergoed op basis van f 140,- per behandelingsuur.

Vereisten

- Deze regeling is van toepassing op kinderen met een lichamelijke en/of geestelijke handicap;
- Voor deze kinderen kan geen aanspraak gemaakt worden op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- De maatschappij heeft op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goedgekeurd behandelplan, tevoren toestemming verleend.

3.7.3 Tandheelkundige implantaten

De kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak worden vergoed als aan de volgende eisen wordt voldaan.

Vereisten

- De implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak.
- De implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese.
- De implantaten worden door de kaakchirurg ingebracht.
- De maatschappij heeft op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goedgekeurd behandelplan, tevoren toestemming verleend.

Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. De vergoeding beperkt zich tot het honorarium van de kaakchirurg (en van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van de mesostructuur op implantaten. De mesostructuur is het gedeelte van de suprastructuur dat door de tandarts op de implantaten wordt bevestigd en door de patiënt niet zelf uit de mond kan worden genomen.

3.7.4 Kaakchirurgische behandeling

Vergoed worden:

- het honorarium van een op advies van de huisarts of tandarts geraadpleegde kaakchirurg voor chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard die niet gepaard gaat met een opname;
- de bijkomende kosten.

3.7.5 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 worden vergoed.

De kosten worden overeenkomstig de regeling Tandheelkundige Hulp in Bijzondere Gevallen, vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland, vergoed.

De regeling Tandheelkundige Hulp in Bijzondere Gevallen is op aanvraag verkrijgbaar.

Vereisten

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt in een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum;
- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist;
- de maatschappij op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goedgekeurd behandelplan, vooraf toestemming heeft verleend.

3.8 Orthodontie

3.8.1 Kaakorthopedische behandeling

De kosten van kaakorthopedische behandeling komen voor vergoeding in aanmerking in geval van:

- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lipspleet (cheiloschisis);
- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een kaakspleet (gnatoschisis);
- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een verhemeltespleet (palatoschisis);
- osteotomie van de kaak.

Vereisten

- De behandeling moet plaatsvinden op verwijzing van de huisarts of tandarts.
- De behandeling moet door een orthodontist (bij lip-, kaak- en verhemeltespleet) of door een kaakchirurg (bij osteotomie) worden uitgevoerd.

3.8.2 Overige orthodontie voor verzekerden tot en met 20 jaar (stripoptie)

De kosten van gebitsregulatie voor verzekerden tot en met 20 jaar worden volledig vergoed.

Vereiste

De behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts of orthodontist.

3.9 Audiologische hulp

De kosten van hulp in een audiologisch centrum komen voor vergoeding in aanmerking.

Vereisten

- De hulp moet worden verleend op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts;
- De behandeling moet plaatsvinden door een door de overheid erkend audiologisch centrum.

3.10 Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van hulp in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek worden vergoed.

De hulp omvat:

- het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
- chromosoomonderzoek;
- biochemische diagnostiek;
- DNA-onderzoek;
- erfelijkheidsadvisering;
- de met deze hulp verband houdende psycho-sociale begeleiding.

Vereiste

Het erfelijkheidsonderzoek moet plaatsvinden op voorschrift van de huisarts of specialist.

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 advisering plaatsvinden. De kosten van andere personen dan verzekerde komen voor rekening van de verzekeringsmaatschappij(en) van de onderzochte andere personen.

3.11 Psychologische hulp

Kosten van psychologische hulp worden voor 75% vergoed tot maximaal f 2.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

Vereisten

- Behandeling vindt plaats op voorschrift van huisarts of specialist.
- De hulp wordt verleend door een eerstelijnspsycholoog (die als zodanig staat geregistreerd bij het Nederlands Instituut voor Psychologen).

3.12 Nierdialyse

3.12.1 Nierdialyse in ziekenhuis

De kosten van nierdialyse in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) worden vergoed.

3.12.2 Thuisdialyse

De kosten van thuisdialyse komen eveneens voor vergoeding in aanmerking. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de regeling die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.

Vereiste

Om voor vergoeding van de niet-medische kosten in aanmerking te komen dient de maatschappij, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben gegeven.

3.13 Privé-kliniek

De kosten van een verzekerde behandeling in een privé-kliniek die verbonden is aan een ziekenhuis komen voor vergoeding in aanmerking. Kosten worden vergoed tot ten hoogste de reguliere tarieven die zijn vastgesteld door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg.

Vereisten

- De maatschappij dient op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming te hebben verleend.
- De aanvraag dient een medische indicatie te bevatten.
- Een kostenbegroting dient tevens deel uit te maken van de aanvraag.

3.14 Alarmeringsapparatuur thuiszorg

De kosten voor aanschaf van alarmeringsapparatuur thuiszorg komen voor vergoeding in aanmerking.

Vereisten

- Verzekerde moet langdurig aangewezen zijn op thuiszorg.
- Professionele hulp kan niet 24 uur per dag aanwezig zijn.
- De maatschappij dient op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming te hebben verleend.

3.15 Chronisch intermitterende beademing

De kosten verband houdend met mechanische beademing op voorschrift van een specialist in een daartoe toegelaten beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur thuis bij de verzekerde, worden vergoed.

Artikel 4 Rubriek D

4.1 Huisarts (stripoptie)

Vergoed worden:

- het honorarium van de huisarts;
- de kosten van laboratoriumonderzoek, op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

Artikel 5 Rubriek E

5.1 Alternatieve geneeswijzen (stripoptie)

5.1.1 Alternatieve behandeling / consult

Consulten en behandelingen uitgevoerd door een alternatief arts of alternatief therapeut worden vergoed tot maximaal f 70,- per consult. Per kalenderjaar komen per verzekerde maximaal 24 behandelingen / consulten voor vergoeding in aanmerking. Ten einde aanspraak te kunnen maken op vergoeding na 24 behandelingen / consulten dient vooraf toestemming te worden verleend door de maatschappij.

Vereisten

- De alternatief arts / therapeut moet een adequate opleiding hebben gevolgd.
- De alternatief arts / therapeut moet lid zijn van een erkende beroepsvereniging.

5.1.2 Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen

Vergoed worden homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Vereisten

- Bovengenoemde middelen moeten geleverd worden door een in Nederland gevestigde apotheek.
- De middelen zijn voorgeschreven door een alternatief arts of een alternatieve therapeut.

Niet voor vergoeding in aanmerking komen:

- versterkende- en voedingsmiddelen;
- genotsmiddelen en medicinale wijnen;
- cosmetische middelen;
- vitamine preparaten;
- mineraalpreparaten;
- laxeremiddelen;
- vermageringsmiddelen.

Artikel 6 Rubriek T

6.1 Tandheelkundige hulp door een tandarts aan verzekerden vanaf 21 jaar (aanvullend pakket)

De dekking van dit aanvullende pakket is uitsluitend van toepassing voorzover dit uit het polisblad en clauseblad blijkt. De vergoedingen van dit aanvullende pakket vallen niet onder het overall eigen risico van uw ziektekostenpolis (zie artikel 11.2). Voor verzekerden vanaf 21 jaar komen de volgende tandheelkundige verrichtingen voor 80 % vergoeding in aanmerking:

- anesthesie (A-codes);
- consulten (C-codes);
- röntgendiagnostiek (X-codes);
- preventie en mondhygiëne (M-codes);
- restauraties (V-codes);
- extracties (H-codes);
- wortelkanaalbehandelingen (E-codes).

Uitzonderingen

Kosten in verband met een niet nagekomen afspraak (code C90) komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Verzekeringsgebied

De tandheelkundige verzekering voor volwassenen is uitsluitend van kracht binnen Nederland. Voor de in het buitenland gemaakte kosten van tandheelkundige behandelingen, als gevolg van acute klachten tijdens vakantie en/of zakenreis ontstaan, zal vergoeding plaatsvinden overeenkomstig de in de omvang van de dekking genoemde maxima, indien en voor zover deze behandelingen tandheelkundig gezien niet uitgesteld konden worden.

Artikel 7 Bijzondere rechten en aanspraken

7.1 Orgaantransplantatie (donor)

Volledige vergoeding vindt plaats van de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij elders is verzekerd.

7.2 Eurotransplant

Vergoed worden de kosten van weefseltyperingen in verband met transplantaties gedeclareerd door Eurotransplant.

7.3 Kinderen met leukemie

Vergoed worden de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergproducten die gedeclareerd worden door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.

7.4 Sterilisatie / abortus

De aan sterilisatie en abortus verbonden medische kosten komen voor vergoeding in aanmerking.

Vereisten

- De behandeling moet worden uitgevoerd door een specialist.
- De behandeling moet plaatsvinden in het ziekenhuis.

7.5 Fertiliteitsbevorderende behandelingen

Vergoed worden de kosten van de volgende fertiliteitsbevorderende behandelingen:

- operatieve ingrepen;
- hormoonbehandeling;
- kunstmatige inseminatie;
- maximaal drie pogingen in-vitro-fertilisatie (IVF) per vrouwelijke verzekerde.

Vereisten

- De behandeling dient plaats te vinden in een vergunninghoudend ziekenhuis.
- Er moet sprake zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie.
- De vrouw mag niet ouder zijn dan veertig jaar.
- Ingeval van in-vitro-fertilisatie dient de maatschappij tevoren toestemming te hebben verleend. Bij de toestemming vooraf kan de maatschappij nadere voorwaarden stellen.

7.6 Preventieve geneeskunde

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

- onderzoek van hart- en bloedvaten;
- baarmoederhals- en borstkankeronderzoek;
- vaccinaties tegen griep, tetanus, rode hond en hondsdolheid;
- inenting van pasgeborenen tegen hepatitis B indien de moeder drager is van dit virus.

7.7 Second opinion

In geval van ziekte heeft de verzekerde het recht een tweede diagnose door een specialist te laten stellen. De kosten van deze second opinion worden vergoed.

7.8 Opneming in een lagere verpleegklasse

Bij opneming in een lagere verpleegklasse dan de verzekerde verpleegklasse kan de verzekerde aanspraak maken op een extra vergoeding van f 50,- voor elke dag die de verzekerde in de lagere verpleegklasse doorbrengt.

Vereiste

Om voor deze vergoeding in aanmerking te komen moet de verzekerde hiertoe, binnen één jaar na opname, een verzoek bij de maatschappij indienen.

7.9 Gezinsverzorging

Indien in een gezin met kinderen één van de verzekerde ouders in een ziekenhuis is opgenomen bestaat er recht op een tegemoetkoming in de kosten van gezinsverzorging. De kosten van gezinsverzorging zullen worden vergoed tot maximaal f 30,- per dag gedurende ten hoogste 100 dagen.

Vereiste

De hulp moet worden verleend door een erkende instelling voor gezinsverzorging.

7.10 Thuiszorg

Vergoeding van thuiszorg valt onder de AWBZ-regeling.

7.11 Stottertherapie

De volgende behandelmethoden komen voor vergoeding in aanmerking:

- Doetinchemse methode;
- BOMA methode. De kosten worden vergoed tot maximaal f 2.000,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering;
- Del Ferro methode. De kosten worden vergoed tot maximaal f 2.000,- per verzekerde voor de totale duur van de verzekering.

Vereiste

De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

7.12 Acné-behandeling

Behandeling van ernstige vormen van acné met behulp van peeling of dermabrosie door een plastisch chirurg wordt volledig vergoed.

Vereiste

De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

7.13 Ronald McDonaldhuis

De eigen bijdrage voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeerkamer wordt, bij opname van een meeverzekerd kind, vergoed tot ten hoogste f 25,- per dag of per nacht.

7.14 Bezoek aan in een ziekenhuis verblijvend kind

Kosten van vervoer van de ouders in geval van opname van een meeverzekerd kind worden vergoed voorzover het vervoer langs de kortst mogelijke route wordt afgelegd en voorzover de afstand tussen het woonadres en het ziekenhuis groter is dan 40 kilometer. De vergoeding is gesteld op f 0,50 per kilometer voor de totale reisafstand verminderd met 40 kilometer. De maximale vergoeding bedraagt f 2.500,- per jaar.

7.15 Astmatische jongeren

Kosten voor verblijf van astmatische jongeren in een therapeutisch kamp worden tot f 15,- per dag vergoed. In totaal komen maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde voor vergoeding in aanmerking.

7.16 Vakantie en handicap

In geval de reguliere verzorgers van een meeverzekerd thuiswonend gehandicapt kind door vakantie afwezig zijn komen de kosten voor thuiszorg, geregeld via de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten, ten behoeve van dit gehandicapte kind voor vergoeding in aanmerking.

Vereiste

De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

7.17 Herstellingsoord

Vergoeding van de kosten van verblijf in een herstellingsoord gedurende ten hoogste 42 dagen per verzekerde per kalenderjaar tot ten hoogste f 50,- per dag.

Vereisten

- Het herstellingsoord moet aangesloten zijn bij het Verbond van Nederlandse Herstellingsoorden.
- Het verblijf geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.
- De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

7.18 Thuisbehandeling van psoriasis met lichttherapie

Vergoed worden de kosten van thuisbehandeling psoriasis door middel van lichttherapie.

Vereiste

De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

7.19 Kuurreizen

Voor kuurreizen vindt een tegemoetkoming in de kosten plaats.

Vereisten

- De kuurreis moet georganiseerd zijn door de Stichting Interkuur.
- Sprake moet zijn van zeer ernstige reumatische aandoeningen of een zeer ernstige graad van psoriasis.
- De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

7.20 Therapeutische vakantie voor Ca-patiënten

De verblijfkosten van een therapeutische vakantie voor patiënten met kanker worden vergoed.

Vereiste

De therapeutische reis is georganiseerd door Stichting Les Vaux.

7.21 Dieet- en voedingsadviezen

Kosten voor dieet- en voedingsadviezen door een diëtist komen tot ten hoogste f 500,- per verzekerde per kalenderjaar voor vergoeding in aanmerking.

Vereiste

Behandeling vindt plaats op verwijzing door een huisarts of specialist.

7.22 Plaswekker

De huurkosten van een plaswekker en de kosten van de hiervoor benodigde bandages worden volledig vergoed.

7.23 Plastische chirurgie

In afwijking van het in artikel 8.9 gestelde komen de kosten voor de volgende plastisch chirurgische ingrepen voor vergoeding in aanmerking:

- afstaande (flap)oren;
- borstverkleiningen;
- buikwandcorrectie;
- littekencorrectie.

Vereiste

De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

7.24 **Recht op premievrijstelling bij overlijden**

Indien gedurende de looptijd van de verzekering de verzekeringnemer komt te overlijden zal, vanaf de eerstkomende premievervaldag voor de personen die op het moment van overlijden van de verzekeringnemer zijn meeverzekerd, gedurende drie jaar geen premie verschuldigd zijn.

Vereiste

De premievrijstelling wordt verleend op voorwaarde dat er op de hoofdpremievervaldag tenminste één kind jonger dan 16 jaar verzekerd is.

7.25 **Recht op premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid**

Indien de verzekeringnemer op de hoofdpremievervaldag gedurende een aaneengesloten periode van tenminste 365 dagen volledig (80% of meer) arbeidsongeschikt is, zal t.a.v. de op de datum van het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid verzekerde personen voor het daaropvolgend verzekeringsjaar geen premie verschuldigd zijn. Gedurende de gehele looptijd van de verzekering zal maximaal over 3 jaar premievrijstelling worden verleend.

De premievrijstelling wordt verleend op voorwaarde dat op de hoofdpremievervaldag tenminste één kind jonger dan 16 jaar verzekerd is.

Een verzoek tot premievrijstelling dient uiterlijk één maand voor de hoofdpremievervaldag aan de maatschappij te worden gedaan.

De arbeidsongeschiktheid zal worden vastgesteld door de maatschappij aan de hand van de gegevens van de door de maatschappij aan te wijzen medische en andere deskundige.

Begrip arbeidsongeschiktheid

Arbeitsongeschiktheid is aanwezig indien de betreffende verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ongeval en/of ziekte volledig (80% of meer) ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden verbonden aan het beroep dat ten tijde van het ontstaan van de arbeidsongeschiktheid werd uitgeoefend, zoals dat voor deze beroepsbezigheden in de regel en redelijkerwijs van hem kan worden verlangd.

7.26 **Buitenland**

Indien tijdens een verblijf van de verzekerde buiten Nederland geneeskundige behandeling in verband met een acute ziekte of ongeval medisch noodzakelijk is en uitstel tot na terugkeer in Nederland niet verantwoord is, zal vergoeding van de verzekerde kosten plaatsvinden, met dien verstande dat:

- de kosten van opname in een ter plaatse erkend algemeen ziekenhuis en de overige medische kosten zullen worden vergoed tot maximaal 365 dagen per ziektegeval. Binnen Europa wordt de kostprijs vergoed, buiten Europa vindt vergoeding plaats tot ten hoogste 2X het bedrag van de kosten van een overeenkomstige verpleging en behandeling in de verzekerde klasse in het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam;
- de kosten van ziekenvervoer uitsluitend vergoed zullen worden voor zover dit vervoer (per ambulance-auto / helikopter) plaatsvindt naar het dichtst bijzijnde ziekenhuis;
- vergoeding wordt verleend zolang de behandeling in het buitenland medisch noodzakelijk is tot het moment waarop voortzetting in Nederland kan plaatsvinden.

Uitsluitingen

- Niet vergoed worden de kosten verband houdende met een opname en/of geneeskundige behandeling die uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf in het buitenland.
- Alternatieve geneeswijzen zijn in het buitenland niet gedekt.

De vergoeding zal in Nederland worden uitgekeerd in Nederlandse courant met inachtneming van de omrekeningskoers op de dag van het vaststellen van de uitkering.

7.27 **Repatriëring**

7.27.1 **Medisch noodzakelijke repatriëring**

De kosten van medisch noodzakelijke repatriëring vanuit het buitenland naar een ziekenhuis of de woonplaats van de verzekerde in Nederland worden vergoed tot ten hoogste f 10.000,-. De vergoeding vindt plaats onder aftrek van besparingen.

Vereisten

- Het vervoermiddel voor de repatriëring wordt in overleg met de maatschappij bepaald.
- De maatschappij dient op een daartoe strekkend verzoek vooraf toestemming te hebben verleend.

7.27.2 **Repatriëring van het stoffelijk overschot**

De kosten van overbrenging van het stoffelijk overschot van verzekerde vanuit het buitenland naar de woonplaats in Nederland vallen onder de dekking van deze verzekering. De kosten worden tot ten hoogste f 10.000,- vergoed.

Vereiste

De maatschappij dient, op een daartoe strekkend verzoek, vooraf toestemming te hebben verleend.

Artikel 8 Uitsluitingen

Geen aanspraak op vergoeding van kosten bestaat:

8.1

Voor ziekten of afwijkingen welke reeds bestonden voor het aanvragen van de verzekering, indien de verzekeringnemer of de verzekerde daarvan toen reeds kennis droeg of klachten ondervond. Het voorgaande inzake het geheim houden van medische informatie is eveneens van toepassing bij een uitbreiding van de dekking respectievelijk verhoging van de verzekerde verpleegklasse. Bij verhoging van de verzekerde verpleegklasse komen de kosten van deze hogere klasse niet voor vergoeding in aanmerking indien medische informatie geheim wordt gehouden.

Het bovenstaande is niet van toepassing indien de verzekeringnemer de maatschappij van de bewuste ziekten, afwijkingen of klachten schriftelijk op de hoogte heeft gebracht en de maatschappij daarvoor bij het aanvaarden van de verzekering geen bijzondere voorwaarden heeft gesteld.

8.2

Voor de behandeling van aandoeningen veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muerij.

De zes genoemde vormen van molest, alsmede de definities daarvan vormen een onderdeel van de tekst, die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland d.d. 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponeerd.

8.3

Indien blijkt, dat de door deze verzekering gedekte kosten, schade(n) of verstrekkingen eveneens op (een) andere polis(sen) al dan niet van oudere datum is / zijn gedekt, indien de onderhavige verzekering niet zou hebben bestaan, dan wel op grond van een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of een andere overeenkomst aanspraak zou kunnen worden gemaakt (of bij gebreke van onderhavige verzekering aanspraak zou kunnen worden gemaakt) op vergoeding.

Deze uitsluiting blijft onverminderd van kracht als er onder enige andere verzekering of (wettelijke) voorziening aanspraak op vergoeding is, maar deze niet gehonoreerd wordt omdat een voorgeschreven procedure niet is gevolgd of enige andere verplichting niet is nagekomen.

8.4

Voor de verschuldigde eigen bijdragen / eigen betalingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en die van bevolkingsonderzoek.

8.5

Voor de kosten van celtherapie, vaccinaties (behoudens vaccinaties als bedoeld in artikel 7.6), keuringen en het afgeven van attesten.

8.6

Voor de declaraties van een psychotherapeut en voor de declaraties met betrekking tot psycho-analyse.

8.7

Voor de behandeling van aandoeningen ontstaan door, dan wel verband houdend met atoom- kernreacties en de daarbij ontstane splitsingsproducten, onverschillig hoe de reacties zijn ontstaan, anders dan bij een op verzekerde toegepaste medische behandeling.

8.8

Voor tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak anders dan genoemd in artikel 3.7.3.

8.9

Voor vormverbeterende operaties van het uiterlijk, waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

8.10

Voor het ongedaan maken van een vrijwillig ondergane sterilisatie.

8.11

Voor de kosten van fertiliteitsbevorderende behandelingen anders dan in artikel 7.5 genoemd.

Artikel 9 Algemeen

9.1 Grondslag van de verzekering

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

9.2 Strekking van de verzekering

Voor elke in de polis of in een aanhangsel genoemde verzekerde wordt vergoeding verleend van kosten verbonden aan medische behandeling, mits en zolang deze behandeling medisch noodzakelijk is en voorzover verzekerd en omschreven in artikel 3 t/m 7 van deze polisvoorwaarden.

Met inachtneming van hetgeen elders in de polisvoorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) krachtens de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG).

9.3 Kinderen

Voor kinderen geboren tijdens de duur van deze verzekering en binnen een maand na hun geboorte ter verzekering aangemeld, geldt dat de verzekering van de geboorte af van kracht is, ongeacht eventuele aangeboren ziekten of afwijkingen. Voorwaarde voor het bovenstaande is dat alle oudere kinderen bij de maatschappij zijn meeverzekerd.

9.4 Vrije keuze

Verzekerde is vrij in de keuze van een hulpverlener en/of hulpverlenende instantie binnen Nederland, tenzij de maatschappij anders heeft bepaald.

9.5 Opneming in een hogere klasse

Bij opneming in een hogere verpleegklasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de verzekerde klasse. Wordt een klasse 2B-verzekerde opgenomen in een ziekenhuis met één tweede klasse, dan vindt vergoeding plaats volgens de tarieven van die ene tweede klasse.

9.6 Begin en einde van het recht op vergoeding

De verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten voorzover gemaakt tijdens de duur van verzekering. Bepalend hierbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

9.7 Stripopties

Bij aanvang van de verzekering heeft de verzekeringnemer gekozen voor een volledige polisdekking of een dekking waarbij bepaalde dekkingsonderdelen zijn uitgesloten (zogenaamde stripopties). Het is mogelijk om tijdens de duur van de verzekering de polisdekking te wijzigen, er bestaan drie mogelijkheden:

- het opnemen van een stripoptie, dit wil zeggen dat de dekking wordt uitgebreid;
- het uitsluiten van een stripoptie, dit wil zeggen dat de dekking wordt beperkt;
- het wisselen van een stripoptie, dit wil zeggen dat u een uitgesloten dekkingsonderdeel wisselt met een niet uitgesloten stripoptie / dekkingsonderdeel.

Voorwaarden voor het wisselen, opnemen en uitsluiten van stripopties in een lopende ziektekostenverzekering zijn:

- wisselen, opnemen of uitsluiten is alleen mogelijk per 1 januari. Verzekeringnemer dient de gewenste dekking voor 1 oktober hieraan voorafgaand door te geven;
- een wisseling, opname of uitsluiting geldt voor alle op de polis verzekerde personen;
- het opnemen van een stripoptie is binnen een periode van 2 jaar na aanvang van de verzekering zonder medische voorwaarden mogelijk. Na de periode van 2 jaar geschiedt het opnemen van een stripoptie op basis van medische selectie;
- het uitsluiten van een stripoptie is gedurende 5 jaar na aanvang van de verzekering mogelijk.

Artikel 10 Verplichtingen van de verzekeringnemer

De verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat:

10.1

Van een opneming in een ziekenhuis en bij bevalling en kraamzorg de maatschappij zo spoedig mogelijk in kennis wordt gesteld. Bij een bevalling moet de kennisgeving geschieden zodra bekend is dat opneming zal moeten plaatsvinden.

10.2

Bij niet-klinische specialistische behandeling een verwijzing van de huisarts of tandarts wordt overlegd indien hierom door de maatschappij wordt gevraagd.

10.3

Alle nota's betreffende het verstreken kalenderjaar voor 31 december van het daarop volgende jaar zijn ingediend.

10.4

Alle nota's zodanig gespecificeerd zijn dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de maatschappij is gehouden. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn. Buitenlandse nota's dienen voorzien te zijn van een specificatie waaruit blijkt dat er sprake is van medische noodzaak van de behandeling.

10.5

De nota's voor tandheelkundige hulp vergezeld zijn van een specificatieformulier volgens het model dat hiervoor is vastgesteld door de organisaties van tandartsen en verzekeraars.

10.6

Desgevraagd aan de maatschappij, haar geneeskundig adviseur of hen die met de controle zijn belast, medewerking wordt verleend tot het verkrijgen van alle gewenste inlichtingen.

Bij het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen kan geen aanspraak op vergoeding worden gemaakt.

Artikel 11 Premie en Eigen Risico

11.1

De premie is gekoppeld aan de leeftijd van de oudste verzekerde. Indien uit het polisblad blijkt dat voor deze verzekering een opbouwpremie verschuldigd is wordt de premie jaarlijks na het bereiken van een hogere leeftijd per eerstkomende premie-vervaldatum volgens het dan van kracht zijnde premietarief aangepast. Deze premieaanpassingen vinden plaats tot en met de 55-jarige leeftijd.

11.2

Van de verzekerde kosten met uitzondering van de kosten van geneesmiddelen (artikel 3.3), hulpmiddelen (artikel 3.4.1) en, indien van toepassing, tandheekkundige hulp voor verzekerden vanaf 21 jaar (artikel 6), is het bedrag van het eigen risico als in het polisblad vermeld per gezin per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer. De kosten van geneesmiddelen, hulpmiddelen en tandheekkundige hulp voor verzekerden vanaf 21 jaar vallen dus niet onder het eigen risico.

11.3

Onder gezin wordt verstaan de ouders met de tot het gezin behorende en op de polis verzekerde ongehuwde kinderen.

11.4

Indien voor een onderdeel van het verzekerde pakket een maximum bedrag is vermeld, dan blijft dit maximum, zowel voor de toepassing van het eigen risico, als voor de eventuele uitkering daarna, onverminderd van kracht.

11.5

Indien een opname in een ziekenhuis niet eindigt in het kalenderjaar waarin deze begon, zal voor de opname slechts éénmaal het eigen risico in mindering worden gebracht, zoals dit op het moment van de opname van toepassing was.

11.6

Indien voor een onderdeel van het verzekerde pakket een speciaal eigen risico geldt zal bij de berekening van de uitkering eerst dit speciale eigen risico en daarna het in het polisblad vermelde eigen risico in mindering worden gebracht.

11.7

Indien de eerste verzekeringsperiode niet gelijk is aan een kalenderjaar wordt het in het polisblad vermelde eigen risico voor die periode verminderd met 1/12 voor iedere voor de ingangsdatum reeds verstreken maand van dat kalenderjaar, met dien verstande, dat het bedrag van het eigen risico voor die periode niet lager wordt gesteld dan op 1/4 van het voor deze verzekering geldende eigen risico.

11.8

Bij schorsing of beëindiging zal geen restitutie of vermindering van het ingehouden eigen risico plaatsvinden.

Artikel 12 Schorsing en premierestitutie

12.1 Schorsing

Niet-betaling van de premie, de kosten en eventuele wettelijke bijdragen binnen 30 dagen nadat deze verschuldigd zijn, heeft, zonder dat enige ingebrekestelling is vereist en onverminderd de verplichting tot verdere betaling, schorsing van de verzekering tengevolge, welke schorsing alsdan wordt geacht te zijn ingegaan op de eerste dag van het tijdvak, waarover de

achterstallige premie, de kosten en eventuele wettelijk bijdragen zijn voldaan en door de maatschappij aangenomen. Voor de kosten waartoe de noodzaak of de verwachting om die te maken zich geopenbaard heeft in de tijd dat de verzekering is of was geschorst, is geen vergoeding verschuldigd.

12.2 Premierestitutie

Indien de verzekering wordt beëindigd wegens verplichte verzekering of vestiging in het buitenland heeft de verzekeringnemer recht op restitutie vanaf de dag waarop de gewijzigde situatie van toepassing is, danwel vanaf de dag van kennisgeving indien de maatschappij hiervan later wordt geïnformeerd; bij opzegging overeenkomstig artikel 13 vanaf de wijzigingsdatum.

Artikel 13 Herzieningen

13.1

Een algemene herziening van premie, eigen risico en/of voorwaarden zal en bloc dan wel groepsgewijze geschieden op een door de maatschappij vast te stellen datum.

Een wijziging van de premie – ingeval uit het polisblad blijkt dat een opbouwpremie is overeengekomen – welke voortvlor uit het bereiken van een hogere leeftijd door de verzekerde aan wiens leeftijd de premie gekoppeld is wordt niet onder de strekking van dit artikel begrepen.

13.2

Houdt de herziening een premieverhoging en/of voorwaardenbeperking in, welke niet voortvloeit uit wettelijke bepalingen of regelingen (daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat) of het bereiken van een leeftijdsgrens door de verzekerde aan wiens leeftijd de premie gekoppeld is, dan heeft de verzekeringnemer het recht niet accoord te gaan.

13.3

Indien de verzekeringnemer overeenkomstig het bepaalde onder artikel 13.2 niet accoord gaat kan de verzekering per herzieningsdatum beëindigd worden, mits verzekeringnemer dit binnen 30 dagen na de herzieningsmededeling van de maatschappij schriftelijk aan de maatschappij heeft meegedeeld.

13.4

Heeft de maatschappij geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd tegen de nieuwe premie, het nieuwe eigen risico en/of op de nieuwe voorwaarden.

Artikel 14 Duur en beëindiging van de verzekering

14.1

De verzekering is aangegaan voor de periode als in de polis omschreven en wordt daarna telkens stilzwijgend voor een gelijke periode verlengd, tenzij de verzekeringnemer tenminste 3 maanden voor het verstrijken van zodanige periode de verzekering schriftelijk aan de maatschappij heeft opgezegd.

14.2

De maatschappij heeft niet het recht de verzekering te beëindigen tenzij er sprake is van verzwijging of bedrog door verzekeringnemer (artikel 9.1) of ingeval van schorsing als bedoeld in artikel 12.1.

14.3

De verzekering eindigt voor elke verzekerde:

- op het tijdstip waarop deze ophoudt Nederlands ingezetene te zijn;
- op de datum dat de maatschappij een kopie van het officiële inschrijvingsbewijs van het ziekenfonds of een publiek-rechtelijke ziektekostenverzekering van de verzekerde ontvangt;
- per de eerste dag van de maand waarin de 65-jarige leeftijd wordt bereikt.

14.4

Voor kinderen die tijdens de duur van de verzekering de 21-jarige leeftijd bereiken is de verzekering niet meer van kracht. Aansluitend worden zij zonder selectie zelfstandig verzekerd op een afzonderlijke polis tegen de bij hun leeftijd behorende premie.

Het vorenstaande is niet van toepassing voor zolang de verzekeringnemer aantoont dat het verzekerde kind, na het bereiken van de 21-jarige leeftijd, recht heeft op uitkering uit hoofde van de Wet op de studiefinanciering. Dit recht dient verzekeringnemer desgevraagd aan te tonen. De verzekering is echter uiterlijk tot het bereiken van de 27-jarige leeftijd voor het verzekerde kind van toepassing.

Artikel 15 Vrijwaring van aansprakelijkheid

De maatschappij is jegens de verzekeringnemer / verzekerde niet aansprakelijk voor schade door hem / haar geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een persoon of instelling, niet zijnde de maatschappij, tot wie of welke de verzekeringnemer of de verzekerde zich heeft gewend om zijn / haar aanspraak op vergoeding in het kader van de Polisvoorwaarden geldend te maken.

Artikel 16 Verhuizingen en adres

Zodra een verzekerde van woonplaats verandert, dient verzekeringnemer hiervan binnen 30 dagen aan de maatschappij kennis te geven.

Is in de nieuwe woonplaats volgens het tarief van de maatschappij, een hogere dan wel een lagere premie verschuldigd, dan zal de premie dienovereenkomstig worden gewijzigd.

Kennisgevingen door de maatschappij aan verzekeringnemer geschieden rechtsgeldig aan het laatst bij de maatschappij bekende adres.

Artikel 17 Toepasselijk recht en klachtenregeling

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing. Klachten verband houdende met de verzekering kunnen worden voorgelegd aan de directie van de Goudse en/of Ombudsman Zorgverzekeringen en/of Raad van Toezicht op het Schadebedrijf. Voor beide laatste instanties is het correspondentie-adres: Postbus 93560, 2509 AN Den Haag.

Artikel 18 Privacy-reglement

De door de verzekeringnemer en de verzekerde aan de maatschappij verstrekte en nog te verstrekken gegevens kunnen worden opgenomen in een door de Goudse aangehouden cliëntenbestand. Hierop is een privacy-reglement van toepassing.

Service-elementen

Met de Zorg Advies Polis heeft u gekozen voor optimale zekerheid bij ziekte. Deze zekerheid omvat meer dan alleen vergoeding van uw ziektekosten. Als verzekerde kunt u namelijk ook rekenen op de service en het gemak van de Goudse Zorg AdviesLijn. De medewerkers van deze zorgcentrale regelen, adviseren en bemiddelen in uw zorgbehoefte en zijn tijdens kantooruren bereikbaar op telefoonnummer (0182) 544 920. U kunt de Zorg AdviesLijn bellen voor de volgende zaken:

Wachttijtbemiddeling

Op verzoek van verzekerde en indien medisch geïndiceerd stelt de Goudse alles in het werk om de wachttijd te bekorten door te proberen of u (elders) eerder geholpen kunt worden. Het resultaat van deze bemiddeling is onder meer afhankelijk van polisvoorwaarden, wensen en indicatie.

Kraamzorg in natura

Voor informatie over kraamzorg in natura, zoals beschreven in artikel 3.6.6 van de polisvoorwaarden, kan de verzekerde contact opnemen met de Zorg AdviesLijn van de Goudse. Kraamzorg in natura dient tenminste 3 maanden voor de uitgerkende bevallingsdatum te worden aangevraagd bij de Goudse. De kraamzorg wordt verleend door gediplomeerde kraamverzorgenden via een landelijk werkende en door de Goudse gecontracteerde organisatie op het gebied van de kraamzorg.

Verstrekking kraampakket inclusief kraamcadeau

Indien u gekozen heeft voor kraamzorg in natura heeft u recht op een kraampakket. Dit kraampakket is inclusief een kraamcadeau. U kunt kiezen uit:

- een kraamtas;
- een trappelzak;
- een speelkleed;
- een speelgoedbox.

Thuiszorg of gezinszorg

Als thuiszorg of gezinszorg nodig is regelt de Zorg AdviesLijn dit voor u. Door de uitstekende contacten met tal van thuis- en gezinszorgorganisaties is ook spoedeisende hulp snel te regelen.

Advies

De wet- en regelgeving op zorggebied wordt steeds ingewikkelder. Bij inhoudelijke vragen over bijvoorbeeld psychiatrische hulp, kruiswerk en voorzieningen voor gehandicapten kunnen de medewerkers van de Zorg AdviesLijn u de weg wijzen.

Hulpmiddelen

Via de Zorg AdviesLijn kunt u diverse hulpmiddelen regelen zoals verpleegbedden, zuurstofvernevelaars en aangepaste stoelen. Deze hulpmiddelen kunnen, indien nodig, met spoed geleverd worden. Zij worden dan dezelfde dag nog bij u thuis bezorgd.

Hulp in het buitenland

Voor informatie en assistentie bij medische hulp tijdens verblijf in het buitenland (bijvoorbeeld ziekenhuisopname tijdens vakantie) kunt u contact opnemen met de Alarmcentrale Travel Care; telefoonnummer: +31 70 3147575.

Vereiste

Voornoemde service-elementen zijn van toepassing voor zover u verzekerd bent. Vergoeding van de kosten van deze zorg vindt plaats overeenkomstig uw polisdekking.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vergoed onder meer de kosten van thuiszorg en psychiatrische hulp. Uitvoeringsorgaan van de AWBZ-voorzieningen zijn de regio-kantoren. Voor meer informatie kunt u terecht bij de Goudse Zorg AdviesLijn, telefoon (0182) 544 920.

Belangrijke telefoonnummers

Om uw vragen optimaal te kunnen beantwoorden kunt u op onderstaande telefoonnummers terecht met betrekking tot vragen over:

- Polisdekking en uitkeringen (0182) 544 895;
- Acceptatie en premie (0182) 544 892;
- Goudse Zorg AdviesLijn (0182) 544 920;
- Ziekenhuisopname (0182) 544 508;
- Hulpmiddelen (0182) 544 365.