

**Vergoedingen
Aanvullende
Verzekeringen**

kiemer



VERZEKERINGSVOORWAARDEN
AANVULLENDE VERZEKERING LIEKE
AANVULLENDE VERZEKERING SANNE
AANVULLENDE VERZEKERING FEMKE
AANVULLENDE VERZEKERING AYL A
AANVULLENDE TANDARTSVERZEKERING LARS
AANVULLENDE TANDARTSVERZEKERING SVEN
AANVULLENDE TANDARTSVERZEKERING THOMAS

Verzekeringsvoorwaarden ingaande 1 januari 2012.

Als risicodrager treedt op De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V.
Ingeschreven bij de Kamer van Koophandel onder nummer 50884077

Inhoud

1. Algemene informatie	5
1.1 Voordelen voor alle verzekerden	5
1.2 Zorgaanbieders en vergoedingen	5
1.3 Bereikbaarheid	5
1.4 Klachtafhandeling	5
1.5 Indienen van uw nota	6
2. Algemene voorwaarden	7
2.1 Algemene bepalingen	7
2.2 Grondslag en dekkinggebied	7
2.3 Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven	8
2.4 Begin en einde van de verzekering	8
2.5 Herziening van premie of voorwaarden	10
2.6 Dekking	10
a. Omvang van de dekking	10
b. Buitenland	11
c. Samenloop met andere verzekeringen	11
d. Dekkingsperiode	11
e. Terrorismerisico	12
f. Uitsluitingen	12
2.7 Premiebetaling	13
2.8 Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde	14
2.9 Fraude	14
2.10 Klachten	15
2.11 Verhaal op derden	15
2.12 Aansprakelijkheidsbeperking	15
2.13 Registratie persoonsgegevens	16
2.14 Klachten over formulieren	16
2.15 Slotbepaling	17

3. Inhoud van de aanvullende verzekeringen

Lieke, Sanne, Femke en Ayla	18
3.1 Alarmering ter voorkoming van wiegedood	18
3.2 Alternatieve geneeswijzen/therapieën	18
3.3 Antroposofische en homeopathische middelen	19
3.4 Anticonceptiva	20
3.5 Beeldhorloge	20
3.6 Beweegzorg	21
a. Beweegprogramma's	21
b. Medische fitness	22
3.7 Brillen en contactlenzen	23
3.8 Buitenland	24
a. Preventie consulten en middelen bij verblijf in het buitenland	24
b. Spoedeisende zorg	24
c. Overlijden in het buitenland	25
d. Repatriëring bij ziekte en/of ongeval	25
3.9 Cursussen	26
3.10 Diabetes startpakket	27
3.11 Dieetadvisering	27
3.12 Ergotherapie	28
3.13 Fysiotherapie en oefentherapie	28
a. Fysiotherapie	28
b. Oefentherapie	30
3.14 GeboorteTENS	31
3.15 (Genees)middelen	31
3.16 Griepvaccinatie	33
3.17 GVS-bijdrage	33
3.18 Herstel en Balans	34
3.19 Herstellingsoorden	34
3.20 Huidtherapie	35
a. Camouflagetherapie	35
b. Epilatie	35
c. Acnébehandeling	36
3.21 Hulpmiddelen (eigen bijdrage)	36
3.22 Kinderopvang	37
3.23 Kinderwensconsult	37
3.24 Kostenvergoeding bij ziekenhuisopname	38
3.25 Kraamzorg	38
a. Tegemoetkoming eigen bijdrage	38
b. Uitgestelde kraamzorg thuis	39
c. Kraampakket	39
3.26 (Kuur)behandelingen	39
a. Kuurbehandelingen ten behoeve van reumapatiënten	39
b. Kuurbehandelingen ten behoeve van psoriasispatiënten	40
c. Poliklinische behandeling psoriasis	41

3.27 Lactatiekundig advies	41
3.28 Lidmaatschap patiëntenvereniging	41
3.29 Mantelzorgvervangende hulp	42
3.30 Medische screening bij adoptie	42
3.31 MTX calamiteitenpakket	42
3.32 Operatieve ingrepen	43
a. Boven ooglidcorrectie	43
b. Flapoorcorrectie	43
c. Ooglaserbehandeling	44
d. Sterilisatie	45
3.33 Overgangsconsult	45
3.34 Pedicure	46
3.35 Pensionkosten (onder andere Ronald McDonald Huizen)	46
3.36 Plaswekker	47
3.37 Podotherapie, podologie en podoposturaaltherapie	47
3.38 Prenatale screening Downsyndroom	48
3.39 Preventief onderzoek	48
3.40 Psychologische zorg	49
a. Eerstelijns psychologische zorg	49
b. Runningtherapie	50
3.41 Reiskosten gezonde moeder	51
3.42 Second opinion	51
3.43 Sportarts/Sport Medisch Adviescentrum (SMA)	52
3.44 Steunpessarium	52
3.45 Steunzolen en therapiezolen	52
3.46 Stottertherapie	53
3.47 Tandheelkundige zorg	53
a. Kroon- en brugwerk voor verzekerden jonger dan 18 jaar	53
b. Beugels (orthodontie)	54
c. Ongevallenregeling voor verzekerden jonger dan 25 jaar	56
d. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder	56
3.48 Therapeutische vakantiecampen voor kinderen	58
3.49 Ziekenvervoer	58
4. Inhoud Aanvullende Tandartsverzekeringen	59
4.1 Aanvullende Tandartsverzekering Lars	59
4.2 Aanvullende Tandartsverzekering Sven	60
4.3 Aanvullende Tandartsverzekering Thomas	61
5. Begripsomschrijvingen	64

Voorwoord

Beste klant,

Geen moment is zo mooi en tevens kwetsbaar als de eerste keren in een kinderleven. Als ouder kunt u ontroerd raken door de eerste stapjes van uw kind. Het opgroeiproces van uw kind gaat ook gepaard met twijfels: "doe ik het wel goed?". U wilt zich zeker voelen en grip op de situatie houden. Zeker als het op onverwachte momenten een keer tegenzit. Kiemer kan u hierbij ondersteunen door te adviseren, te faciliteren of zorg uit handen te nemen. Kiemer zorgt er voor dat ook deze momenten goed verzekerd zijn. We zorgen niet alleen goed voor uw kind(eren), maar we zorgen er ook voor dat u als ouder er maximaal voor uw kind kunt zijn op de momenten die er het meest toe doen.

Het afgelopen jaar hebben we als Kiemer team samen met onze klanten gekeken waar ouders tegenaan lopen en wat Kiemer daarin kan betekenen. Dit heeft geleid tot uitbreiding van onze diensten voor het komende jaar:

1. Toegang tot de beste medische specialisten
2. 24/7 persoonlijke kindervraagbaak
3. Thuisconsult 1e lijns psychologische zorg zonder eigen bijdrage voor kinderen
4. Persoonlijk advies en begeleiding als je kind naar het ziekenhuis moet of is geweest
5. Webshop, gespreid betalen verplicht eigen risico en wachtlijstbemiddeling

Op onze website informeren wij u uitgebreid over de inhoud van deze extra diensten en hoe u hiervan gebruik kunt maken.

We zijn er trots op dat we onlangs zijn uitgeroepen tot zorgverzekeraar van het jaar. Graag willen we u uitnodigen weer met ons mee te denken hoe we Kiemer nog beter kunnen afstemmen op uw wensen. Lees meer hierover op www.kiemer.nl.



Diana Monissen
Voorzitter Raad van Bestuur

VERZEKERINGSVOORWAARDEN

1. ALGEMENE INFORMATIE

Niet alle vergoedingen van medische voorzieningen en verstrekkingen zijn opgenomen in het wettelijk geregeld pakket volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Daarom bieden wij een aantal aanvullende verzekeringen. Deze bieden dus uitsluitend dekking in aanvulling op de wettelijke verzekeringen.

1.1 Voordelen voor al onze verzekerden

Op www.kiemer.nl kunt u voordelig en met korting artikelen kopen in onze webwinkel. De webwinkel biedt een breed assortiment artikelen die u als ouder goed kan gebruiken. Daarnaast kunt u ook 24 uur, 7 dagen in de week gebruik maken van onze Kiemer hulplijn. Hebt u vragen, bel gerust met een van onze medisch deskundigen. Meer informatie kunt vinden op www.kiemer.nl.

1.2 Zorgaanbieders en vergoedingen

a. Vergoeding voor een bepaalde behandeling?

Het is belangrijk vooraf te weten of er sprake is van een eigen bijdrage voor uw behandeling en of de geneesmiddelen of hulpmiddelen die u nodig hebt door uw verzekering worden vergoed. De vergoeding van specifieke behandelingen en middelen kunt u vinden in deze voorwaarden. Ook vindt u hier of er bepaalde voorwaarden aan de behandelaar worden gesteld.

b. Vergoeding van een bepaalde zorgaanbieder?

Zoekt u informatie over zorgaanbieders waar wij een overeenkomst mee hebben gesloten? Deze vindt u op onze website. Ga naar www.kiemer.nl. Hier kunt u een keuze maken voor het soort zorgaanbieder en woonplaats.

Let op

Het kan gebeuren dat een zorgovereenkomst met een zorgaanbieder wordt beëindigd. Wij adviseren u daarom voordat u zorg nodig hebt altijd contact met ons op te nemen of op de website na te kijken of uw zorgaanbieder nog steeds een overeenkomst met ons heeft.

1.3 Bereikbaarheid

Voor vragen kunt u terecht op www.kiemer.nl. Via onze website kunt u ons ook een e-mail sturen. Of u kunt bellen met een van onze medewerkers van de afdeling klantenservice op telefoonnummer 0900-291 31 31. Wij zijn bereikbaar op werkdagen tussen 08.00 en 18.00 uur.

1.4 Klachtafhandeling

Wij besteden veel tijd en aandacht aan het afhandelen van klachten. Een klacht wordt door ons gezien als een mogelijkheid om onze informatievoorziening en dienstverlening verder te verbeteren. U kunt zowel per e-mail als schriftelijk uw klacht indienen. Na ontvangst van uw klacht ontvangt u van ons een ontvangstbevestiging.

Wilt u meer weten? Verderop in deze verzekeringsvoorwaarden wordt nader op de klachtenafhandeling ingegaan. Meer informatie kunt u vinden op www.kiemer.nl.

1.5 Indienen van uw nota

Nota's van zorgaanbieders waarmee wij (nog) geen contract hebben afgesloten worden meestal eerst door uzelf betaald. Daarna kunt u de originele nota online declareren of naar ons opsturen. Wij beoordelen vervolgens of uw nota geheel of gedeeltelijk wordt vergoed.

a. Voorwaarden voor een snelle uitbetaling van nota's

- Zorg ervoor dat de gegevens op de nota goed leesbaar zijn.
- Vermeld uw verzekerdennummer op de nota.
- Stuur ons iedere keer de originele nota. Kopienota's nemen wij niet in behandeling.

Omdat wij ingezonden nota's niet meer terug kunnen sturen, adviseren we u een kopie van de originele nota te maken voor uw eigen administratie.

b. Waar kunt u uw nota's declareren:

Op www.kiemer.nl vindt u een formulier voor het online declareren van uw nota's. U kunt de (gescande) nota toevoegen als bijlage.

Ook kunt u uw nota opsturen naar het volgende adres:
Kiemer, Postbus 19, 8900 AA Leeuwarden.

c. Uw declaratie snel behandeld

Wij proberen uw declaratie altijd zo spoedig mogelijk in behandeling te nemen. Gewoonlijk is uw declaratie binnen zeven werkdagen door ons verwerkt.

2. ALGEMENE VOORWAARDEN

2.1 Algemene bepalingen

- In deze voorwaarden wordt met u bedoeld: u als verzekerde. Als met u wordt bedoeld u als verzekeringnemer, is dit expliciet vermeld.
- In deze voorwaarden wordt met wij/ons bedoeld: De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekering NV.
- In deze voorwaarden wordt met aanvullende verzekering bedoeld:
 - Aanvullende Verzekering Lieke (AV Lieke)
 - Aanvullende Verzekering Sanne (AV Sanne)
 - Aanvullende Verzekering Femke (AV Femke)
 - Aanvullende Verzekering Ayla (AV Ayla)
 - Aanvullende Tandartsverzekering Lars (AV Tand Lars)
 - Aanvullende Tandartsverzekering Sven (AV Tand Sven)
 - Aanvullende Tandartsverzekering Thomas (AV Tand Thomas)

2.2 Grondslag en dekkinggebied

a. Grondslag

- De verzekering is aangegaan op grond van het door of namens u als verzekeringnemer en/of verzekerde ingediend aanmeldingsformulier. Tot de aanmelding worden gerekend alle door of namens u voor dit doel verstreekte gegevens.
- Mochten wij het met betrekking tot de aanmelding noodzakelijk vinden om aanvullende informatie op te vragen, dan bent u als verzekeringnemer verplicht hieraan mee te werken en ons de benodigde informatie te verschaffen.
- Het onjuist invullen van het aanmeldingsformulier geeft ons het recht de verzekeringsovereenkomst ongeldig te verklaren.
- Als aan een ingevuld aanmeldingsformulier vormfouten kleven, kunnen wij de eerste premiebetaling als formele bevestiging van de aanvraag beschouwen.

b. Dekkinggebied

De aanspraken die aan deze verzekering kunnen worden ontleend kunnen geldend worden gemaakt in Nederland, de andere lidstaten van de Europese Unie (EU), de staten die partij zijn bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte (EER) en Zwitserland.

De lidstaten van de EU zijn: België, Bulgarije, Cyprus (Grieks), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk (Groot Brittannië, Noord-Ierland en Gibraltar) en Zweden. De lidstaten van de EER zijn: de lidstaten van de EU, alsmede Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

2.3 Wie kunnen in deze verzekering worden ingeschreven?

Als verzekerde kunnen worden toegelaten natuurlijke personen die in Nederland wonen. Ook natuurlijke personen die niet in Nederland wonen kunnen onder voorwaarden worden toegelaten.

2.4 Begin en einde van de verzekering

a. Aanmelden

De inschrijving vindt plaats na aanmelding via de website www.kiemer.nl. Als een aanvullende verzekering tegelijk wordt afgesloten met onze basisverzekering, geldt geen medische en/of tandheelkundige selectie. Als de aanvullende verzekering niet tegelijk met onze basisverzekering wordt afgesloten of de basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar is afgesloten, vindt inschrijving plaats op basis van medische en/of tandheelkundige selectie. In dat geval geldt dat als de kandidaat-verzekerde bij aanmelding aan een ziekte of gebrek lijdt of heeft geleden of er sprake is van tandheelkundige afwijkingen, wij beslissen of de verzekering:

- wordt aangegaan zonder bijzondere voorwaarden of;
- wordt aangegaan onder bijzondere voorwaarden (zoals bijvoorbeeld een uitsluiting of een wachttijd) of;
- wordt geweigerd.

De kandidaat-verzekerde ontvangt hiervan bericht, eventueel onder vermelding van de geldende bijzondere voorwaarden.

In afwijking hiervan geldt het volgende:

- voor de Aanvullende Tandartsverzekering Thomas geldt geen tandheelkundige selectie;
- als u zich binnen twee maanden na het bereiken van de 18-jarige leeftijd aanmeldt voor de Aanvullende Verzekering Tand Lars of Tand Sven wordt u zonder tandheelkundige selectie of wachttijd ingeschreven, als u staat ingeschreven in onze basisverzekering.

Het is niet mogelijk een Aanvullende Tandartsverzekering Lars, Sven of Thomas af te sluiten in combinatie met de Aanvullende Verzekering Ayla.

Een combinatie van aanvullende tandartsverzekeringen is niet mogelijk.

Ingangsdatum verzekering

De datum van ingang van de verzekering is de dag waarop onze basisverzekering ingaat, of bij latere aanmelding, de eerste dag van de maand volgend op de datum van ontvangst van de aanmelding.

Wat u verder moet weten

- De verzekeringnemer kan de verzekeringsovereenkomst zonder opgave van reden binnen vijftien dagen na dagtekening van het polisblad ongedaan maken. De verzekering wordt dan met terugwerkende kracht ontbonden.

- Wij kunnen inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren als de verzekering eerder is beëindigd wegens wanbetaling of fraude zoals bedoeld in deze voorwaarden.
- Een aanvullende verzekering kan niet worden afgesloten op het moment dat er sprake is van premieschuld bij De Friesland Zorgverzekeraar NV en/of De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen NV.
- U ontvangt een polisblad in een door ons vast te stellen vorm dat geldt als bewijs van de tussen u als verzekeringnemer en ons gesloten verzekeringsovereenkomst.
- De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat deze tenminste voor de duur van één kalenderjaar moet worden aangegaan. Verzekeringen aangegaan in de loop van een kalenderjaar worden ten minste voor de resterende duur van dat jaar aangegaan.
- Voor het verwerken van uw persoonsgegevens is de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) bepalend.

b. Wijzigen verzekeringsvorm

- Wijziging van verzekeringsvorm is uitsluitend mogelijk per 1 januari van het jaar volgend op het jaar waarin het verzoek daartoe is ingediend en nadat wij deze wijziging hebben goedgekeurd. Als de basisverzekering eveneens bij ons is afgesloten, geldt geen medische selectie bij wijziging van verzekeringsvorm.

Let op

In afwijking hiervan geldt het volgende: verzekerden die in de loop van een kalenderjaar zwanger raken en waarvan volgens berekening de bevalling in datzelfde kalenderjaar zal plaatsvinden, kunnen met terugwerkende kracht vanaf 1 januari van het lopende kalenderjaar de aanvullende verzekering wijzigen:

- van AV Lieke naar AV Sanne of AV Femke;
- van AV Sanne naar AV Femke.

Een verklaring van de verloskundige met daarin de vermoedelijke datum van bevalling is noodzakelijk.

- Als wij de premies en/of voorwaarden wijzigen kan van verzekeringsvorm worden veranderd in de periode als bedoeld onder het artikel Herziening van premie of voorwaarden.
- Bij wijziging van verzekeringsvorm wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

c. Beëindigen

U mag als verzekeringnemer uw aanvullende verzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt eindigt uw aanvullende verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de aanvullende verzekering niet op, dan verlengen wij deze stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar.

Het opzeggen kan op de volgende manieren plaatsvinden:

- door u als verzekeringnemer. U moet dan uiterlijk 31 december opzeggen. Opzeggen kan per e-mail of schriftelijk.
- door gebruik te maken van de overstapservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering afsluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als u niet wilt dat de nieuwe verzekeraar namens u de aanvullende verzekering beëindigt, dient u dat aan te geven op het aanvraagformulier van uw nieuwe verzekering.

Wat u verder moet weten

- Wij beëindigen de aanvullende verzekering bij overlijden van de verzekerde met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- Wij beëindigen de aanvullende verzekering zonder dat daartoe opzegging is vereist meteen als de verzekerde of de verzekeringnemer naar ons oordeel schuldig nalatig is ten aanzien van het verstrekken van alle inlichtingen die voor een goede uitvoering van de verzekering nodig zijn.

2.5 Herziening van premie of voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden van de verzekering en de premies te herzien. Wij delen deze voorgenomen herziening mee aan de verzekeringnemer. Tussen de ingangsdatum van de herziening en de aankondiging hiervan zitten tenminste zes weken. Bij een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekerde, of bij een verhoging van de premie, kan de verzekeringnemer gedurende zes weken nadat de wijziging hem is meegedeeld de verzekering opzeggen.

Let op

U kunt als verzekeringnemer niet opzeggen als de wijziging een direct gevolg is van door de overheid dwingend opgelegde regelgeving, ook als de wijzigingen in het nadeel van de verzekerde of de verzekeringnemer zijn.

De opzegging in verband met de herziening van de verzekeringsvoorwaarden en premie gaat in op de ingangsdatum van deze herziening. Hebben wij binnen zes weken na bekendmaking geen mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering voortgezet onder de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

2.6 Dekking

a. Omvang van de dekking

Voor zover en zolang daartoe een medische noodzaak bestaat, vergoeden wij de kosten van de in Hoofdstuk 3 en 4 genoemde aanspraken volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. De omvang van de dekking is beperkt tot de met name in Hoofdstuk 3 en 4 genoemde onderdelen.

b. Buitenland

Niet spoedeisende behandeling

Als u een niet spoedeisende behandeling in een andere EU-, EER-lidstaat of Zwitserland wilt ondergaan zijn de volgende bepalingen van toepassing:

- voor zover volgens onze verzekeringsvoorwaarden voorafgaande toestemming voor behandeling in Nederland vereist is, geldt dit ook voor behandelingen binnen andere EU-, EER-lidstaten en Zwitserland.
- voor zover in de voorwaarden beperkingen gelden zoals maximeringen, eigen bijdragen en vaste vergoedingsbijdragen voor vergoeding van behandeling in Nederland, zijn deze ook van toepassing op behandelingen in andere EU-, EER-lidstaten en Zwitserland.
- de zorgaanbieder moet voldoen aan kwalificaties die vergelijkbaar zijn met kwalificaties die voor een zelfde of vergelijkbare zorgaanbieder in Nederland gebruikelijk zijn. U dient desgevraagd aan te tonen dat aan deze eis is voldaan.

Alarmservice bij spoedeisende behandeling

Als u medisch noodzakelijke zorg nodig hebt die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar het woonland (spoedeisende zorg), dan moet u dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de Kiemer Alarmservice. Deze coördineert de zorg. Ook kunt u informatie krijgen over de vergoeding van de zorg. De Kiemer Alarmservice is dag en nacht, zeven dagen per week bereikbaar via het internationale toegangsnummer gevolgd door het landnummer van Nederland (31), het kengetal zonder 0(58) en het nummer van de alarmcentrale (213 88 29). Vanuit bijvoorbeeld Frankrijk luidt het nummer: 00 31 58 213 88 29. Faxnummer: 0031 58 213 88 29. E-mailadres: alarmservice@kiemer.nl.

Omrekenkoers

De vergoeding van de verzekerde kosten vindt plaats in euro's volgens de omrekenkoers zoals die geldt op de dag van de behandeling.

c. Samenloop met andere verzekeringen

In het geval dat u, als deze verzekering niet zou bestaan, aanspraak kunt maken op een uitkering op basis van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op basis van enige wet, verordening/verdrag of andere voorziening, dan is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. In dat geval vergoeden wij alleen de schade die meer bedraagt dan het bedrag waarop u elders aanspraak kunt maken.

d. Dekkingsperiode

U hebt recht op vergoeding van de verzekerde kosten, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als een behandeling in de vorm van een DBC (Diagnose

Behandel Combinatie) in rekening wordt gebracht geldt dat de datum waarop het DBC-traject is begonnen bepalend is voor het recht op vergoeding.

e. Terrorismerisico

Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar, ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 of de Wet toezicht natura- uitvaartverzekeringsbedrijf van toepassing is, zal worden gedeclareerd naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschade NV (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, hebt u slechts recht op zorg of vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten.

f. Uitsluitingen

U hebt geen recht op vergoeding van:

- sancties opgelegd door zorgaanbieders, zoals bijvoorbeeld het doorberekenen van niet nagekomen afspraken of het door de zorgaanbieder berekenen van rente wegens het niet tijdig betalen van een nota;
- eigen risico's en/of eigen bijdragen in welke vorm dan ook, die op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) of andere (wettelijke) regelingen zijn verschuldigd, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- schade veroorzaakt door opzet, of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitierij, zoals bepaald in artikel 64 van de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf;
- schade veroorzaakt bij of voortgevloeid uit een atoomkernreactie, onverschillig hoe deze is ontstaan. Deze uitsluiting geldt niet met betrekking tot schade veroorzaakt door radioactieve nucliden, die zich buiten een kerninstallatie bevinden en gebruikt worden of bestemd zijn om gebruikt te worden voor industriële, commerciële, landbouwkundige, medische, wetenschappelijke of beveiligingsdoeleinden, voor zover er een door de rijksoverheid afgegeven vergunning van kracht is voor vervaardiging, gebruik, opslag en het zich ontdoen van radioactieve stoffen.

Onder 'kerninstallatie' wordt verstaan een kerninstallatie in de zin van de Wet Aansprakelijkheid Kernongevallen (Staatsblad 1979-225). Deze uitsluiting geldt ook niet voor zover op grond van de Nederlandse of buitenlandse wet een derde voor de geleden schade aansprakelijk is.

2.7 Premiebetaling

- U bent als verzekeringnemer verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

Let op

U blijft als verzekeringnemer verantwoordelijk voor de premiebetaling, ook als bij een collectief contract is overeengekomen dat de premie door tussenkomst van een derde partij, bijvoorbeeld een werkgever, wordt voldaan en deze in gebreke blijft.

- Bij vooruitbetaling per kwartaal geldt een korting van 0,5%, bij vooruitbetaling per halfjaar geldt een korting van 1% en bij vooruitbetaling per jaar geldt een korting van 2%. Deze korting wordt berekend over de premie na aftrek van mogelijke collectiviteitkorting.
- Kinderen tot 18 jaar, voor zover ingeschreven in dezelfde aanvullende verzekering als een van hun ouders, betalen geen premie. Onder kinderen worden verstaan de eigen, stief-, adoptie- of pleegkinderen jonger dan 18 jaar. Voor kinderen zoals hier bedoeld gaat na het bereiken van de 18-jarige leeftijd de premiebetaling in op de eerste van de maand volgend op die waarin de 18-jarige leeftijd wordt bereikt.
- De premie wordt berekend over volle maanden. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand vindt naar rato verrekening plaats.
- Het niet incasseren van de premie door ons ontslaat u als verzekeringnemer niet van uw verplichting tot betaling.
- Als u als verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten, kunnen wij u aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, onder mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de verzekeringsdekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. U blijft dan als verzekeringnemer verplicht de premie te voldoen.
- Als wij maatregelen treffen tot incasso van de vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van u als verzekeringnemer. De dekking wordt pas weer van kracht op de dag volgend op die waarop de verschuldigde premie en de kosten zijn ontvangen. Mochten wij overgaan tot ontbinding van de verzekeringsovereenkomst wegens premieschuld, dan gebeurt dit veertien dagen na de finale aanmaning.
- Wij kunnen met zorgaanbieders en hulpverlenende instanties afspraken maken over rechtstreekse betaling ten behoeve van onze verzekerden. In dat geval betalen wij de volledige nota aan de zorgaanbieder. Een eventueel verschuldigd eigen risico, een verschuldigde eigen bijdrage of andere bedragen die mogelijk voor uw rekening blijven, worden in dat geval door ons op u verhaald met de eerstvolgende premie-incasso of door een daartoe door ons gemachtigde derde.
- Het is u als verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met de van ons te vorderen uitkering.

2.8 Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde

U bent als verzekerde verplicht:

- u bij het inroepen van zorg te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- ons behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- als door uzelf betaalde rekeningen worden gedeclareerd, de originele nota's binnen drie jaar na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij ons in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag het recht op vergoeding kan worden vastgesteld. Computernota's dienen door de hulpverlener gewaarmerkt te zijn;
- een verwijzing van een arts, tandarts of medisch specialist over te leggen als wij hier om vragen.

Wat u verder moet weten

- U bent zowel als verzekerde als verzekeringnemer verplicht binnen twee maanden aan ons alle inlichtingen te verstrekken die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering van betekenis kunnen zijn.
- Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- Wanneer onze belangen worden geschaad door het niet nakomen van bovengenoemde verplichtingen, dan kan dit gevolgen voor u hebben, bijvoorbeeld doordat kosten niet meer of nog slechts gedeeltelijk door ons vergoed worden.

2.9 Fraude

Wij beëindigen de aanvullende verzekering zonder dat daartoe opzegging is vereist meteen bij geconstateerde fraude. Onder fraude wordt verstaan het op oneigenlijke gronden en wijze (proberen te) verkrijgen van een verzekeringsuitkering waarop geen recht bestaat, of het (proberen te) verkrijgen van een verzekeringsdekking onder valse voorwendzelen. Onderzoek naar fraude zal worden verricht volgens hetgeen daarover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Fraude heeft tot gevolg dat er in het geheel geen verzekeringsuitkering zal plaatsvinden. Ook heeft fraude tot gevolg dat:

- aangifte zal worden gedaan bij de politie;
- de verzekering(en) word(t)(en) beëindigd. Dit geldt eveneens voor eventueel bij De Friesland Reisverzekeringen NV lopende verzekeringen;
- er een registratie plaatsvindt in het door ons bijgehouden incidentenregister;
- er een registratie plaatsvindt in het tussen verzekeraars gangbare signaleringssysteem;
- eventueel uitgekeerde schade en onderzoekskosten worden teruggevorderd.

2.10 Klachten

Als u als verzekerde of verzekeringnemer het niet eens bent met een door ons in het kader van de uitvoering van deze voorwaarden genomen beslissing, kunt u binnen een jaar nadat u die beslissing is meegedeeld ons vragen deze beslissing te heroverwegen. U kunt dit verzoek richten aan onze Klachtencommissie.

Als wij niet binnen zes weken op het verzoek tot heroverweging hebben gereageerd, of als het antwoord niet naar tevredenheid is, dan kunt u de klacht voorleggen aan de Geschillencommissie van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG te Zeist. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, waaraan wij uitvoering zullen geven.

U hebt, ook na een eventuele procedure bij de SKGZ, het recht om een geschil tussen u en ons aan de bevoegde burgerlijke rechter voor te leggen. U kunt echter niet eerst de klacht aan de burgerlijke rechter voorleggen en daarna aan de SKGZ.

2.11 Verhaal op derden

Als een derde naar onze mening van voor de kosten, voortvloeiende uit een ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde wettelijk aansprakelijk is, dan bent u, onverminderd het bepaalde in artikel 962 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, verplicht alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, inclusief het kosteloos verstrekken van alle inlichtingen die wij nodig hebben voor het kunnen verhalen van de kosten. Als bij een u overkomen ziekte, ongeval of letsel, een zodanige derde is betrokken, dient onmiddellijk door of namens u aangifte te worden gedaan bij onsen de bevoegde politie instantie. In geen geval mag u zonder onze toestemming met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt een regeling in enige vorm treffen, waaronder het verlenen van kwijting, waardoor wij in onze rechten kunnen worden benadeeld. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het hiervoor bepaalde met betrekking tot verhaal op derden, bent u verplicht ons de daardoor geleden schade te vergoeden.

Tip

Wij werken samen met een gespecialiseerd bureau op het gebied van persoonlijke begeleiding van slachtoffers van verkeers- en bedrijfsongevallen, medische kunstfouten, geweldplegingen, etc. De begeleiding heeft betrekking op juridisch, medisch, arbeidsdeskundig en financieel terrein. Voor nadere informatie kunt u contact met ons opnemen via telefoonnummer 0900-291 31 31.

2.12 Aansprakelijkheidsbeperking

Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgaanbieder van wiens zorg u in het kader van de aanvullende verzekering gebruik hebt gemaakt. Onze eventuele aansprakelijkheid van voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen bij de uitvoering van de aanvullende verzekering is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de overeenkomst ten laste van ons zouden zijn gekomen.

2.13 Registratie persoonsgegevens

De persoonsgegevens die in het kader van deze verzekering zijn of kunnen worden verstrekt, kunnen worden opgenomen in de door ons gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing.

Wij houden ons aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars zoals opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Dit document kunt u op onze website raadplegen. Op uw verzoek kan dit u ook worden toegestuurd.

Op verzoek kunt u bij ons inzage krijgen in de gegevens die van u worden bijgehouden. U kunt dit verzoek bij voorkeur per e-mail of schriftelijk indienen. Op uw verzoek kan tot correctie of verwijdering van gegevens worden overgegaan. Verzoeken tot inzage, correctie of verwijdering kunt u richten aan onze Compliance Officer, Postbus 19, 8900 AA Leeuwarden.

Wij mogen aan derden (ook aan zorgaanbieders en leveranciers) inlichtingen vragen of geven als dit nodig is om aan onze verplichtingen, die voortvloeien uit deze verzekering, te kunnen voldoen.

Voorbeeld

Als wij uw rekeningen rechtstreeks van de zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Deze controle op verzekeringsgerechtigheid wordt gefaciliteerd door Vecozo BV. Als het om dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, dan kunt u ons dat laten weten. Wij zorgen er dan voor dat uw adresgegevens worden afgeschermd.

Wij mogen uw burgerservicenummer in de administratie opnemen. Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht het burgerservicenummer te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Wij zullen in de communicatie met alle partijen die u zorg leveren het burgerservicenummer gebruiken.

2.14 Klachten over formulieren

Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) klagen over door ons gehanteerde formulieren. De klacht kan betrekking hebben op formulieren die volgens de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. Als u een dergelijke klacht hebt, kunt u zich in eerste instantie tot ons wenden. Als u het niet eens bent met de afhandeling van uw klacht door ons, kunt u uw klacht bij de NZa neerleggen. Op de website van de NZa (www.nza.nl) kunt u zien hoe u dit kunt doen. Na ontvangst van uw klacht maakt de NZa een eerste beoordeling. Over de uitkomst hiervan ontvangt u binnen vier weken bericht.

Daarbij wordt u ook geïnformeerd over de eventuele vervolprocedure. De NZa doet vervolgens uitspraak in de vorm van een bindend advies, waaraan wij verplicht zijn ons te houden.

U kunt uw klacht sturen naar:
Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
E-mail: informatielijn@nza.nl

2.15 Slotbepaling

- Statuten van De Friesland liggen ter inzage bij de hoofdvestiging Harlingertrekweg 53, 8913 HR te Leeuwarden en worden op verzoek aan u beschikbaar gesteld.
- De verzekeringsvoorwaarden kunnen door ons te allen tijde worden gewijzigd, op de wijze die door ons, met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens de wet en in haar statuten, is geregeld.
- In niet in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde gevallen, voor zover daarin niet wordt voorzien bij of krachtens wetgeving, beslist ons bestuur.
- Op de uitvoering van de aanvullende verzekering is het Nederlandse recht van toepassing.

3. INHOUD VAN DE AANVULLENDE VERZEKERINGEN LIEKE, SANNE, FEMKE EN AYLA

3.1 Alarmering ter voorkoming van wiegendood

Inhoud zorg

U hebt recht op de vergoeding van een sensormatje als preventie tegen wiegendood.

Vooraf aanvragen

U dient vooraf toestemming bij ons aan te vragen. De aanvraag wordt onderbouwd door een verklaring van de huisarts waaruit de medische noodzaak blijkt.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Volledig	Volledig	Volledig

3.2 Alternatieve geneeswijzen/therapieën

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van consulten en behandelingen van alternatieve (complementaire) geneeswijzen/therapieën.

Tip

Wij adviseren u altijd uw huisarts of medisch specialist in te lichten als u gebruik maakt van alternatieve geneeswijzen/therapieën.

Wie mag de zorg verlenen

- Een arts voor alternatieve geneeswijzen.
- Een behandelaar die als gediplomeerd lid is ingeschreven bij een beroepsvereniging die voldoet aan onze kwaliteitseisen.
- Een behandelaar ingeschreven in een register voor alternatieve geneeswijzen dat voldoet aan onze kwaliteitseisen.

U kunt de lijst met beroepsverenigingen raadplegen via www.kiemer.nl. Op uw verzoek kan deze u ook worden toegestuurd. De lijst maakt onderdeel uit van de verzekeringsvoorwaarden en kan in de loop van het jaar worden aangevuld.

Let op

Voor beroepsverenigingen aangesloten bij de SRBAG, RBNG, KAB of NVAZ geldt dat de behandelaar niet alleen bij de beroepsvereniging, maar daarnaast ook bij een van deze koepelorganisaties moet zijn geregistreerd.

Uitsluitingen

- U hebt geen recht op vergoeding van chelatie-, ozon- en Frischzellentherapie.
- Zorg die onder een ander artikel van deze voorwaarden kan worden vergoed, wordt niet onder het artikel Alternatieve geneeswijzen/therapieën vergoed.
- Door de behandelaar voorgeschreven (genees)middelen vallen niet onder dit artikel, maar onder het artikel Antroposofische en homeopathische middelen.
- Behandelingen op de werkplek (bijv. stoelmassage) worden niet vergoed.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal € 50,-* per dag tot maximaal € 500,- per kalenderjaar	Maximaal € 50,-* per dag tot maximaal € 1500,- per kalenderjaar

*In afwijking hiervan bedraagt de vergoeding voor shiatsu-therapie maximaal € 25,- per dag.

3.3 Antroposofische en homeopathische middelen

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van antroposofische middelen die als homeopathische middelen zijn geregistreerd en homeopathische middelen die door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen zijn geregistreerd.

Tip

Informatie over de geregistreerde homeopathische middelen is te verkrijgen op www.cbg-meb.nl.

Wie mag deze zorg verlenen

Een apotheker of de apotheehouder huisarts.

Voorschrift

De middelen moeten zijn voorgeschreven door de huisarts of een arts voor alternatieve geneeswijzen.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal € 250,- per kalenderjaar	Maximaal € 500,- per kalenderjaar

3.4 Anticonceptiva

Inhoud zorg

De vrouwelijke verzekerde heeft vanaf de leeftijd van 21 jaar recht op vergoeding van de volgende anticonceptiva:

- orale anticonceptiva (de pil);
- de prikpil;
- het spiraaltje;
- het pessarium oclusivum;
- het implanteerbare hormoonstaafje;
- hormonale pleisters;
- de vaginale ring;
- de morning-after pil.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig*	Volledig*

* In uitzondering hierop geldt voor de vaginale ring en hormonale pleisters een maximumvergoeding van € 75,- per kalenderjaar. Voor het spiraaltje, het pessarium oclusivum en het implanteerbare hormoonstaafje is de vergoeding beperkt tot een volledige vergoeding eenmaal per drie kalenderjaren.

Let op

Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken en telt de duur van de onderbreking dus mee voor het bepalen van de termijn van drie kalenderjaren.

3.5 Beeldhorloge

Inhoud zorg

De verzekerde vanaf de leeftijd van 8 jaar heeft recht op een vergoeding voor een Beeldhorloge. Het Beeldhorloge is een horloge dat werkt met afbeeldingen. Op van tevoren in te stellen momenten vertoont het Beeldhorloge een afbeelding (pictogram of foto) van de activiteit die op dat moment aan de orde is. Het verschijnen van dit pictogram gaat vergezeld van een geluids- en trilsignaal. Zo wordt de drager van het Beeldhorloge er op geattendeerd dat er een nieuwe activiteit gaat plaatsvinden. Het Beeldhorloge is ontwikkeld voor mensen die moeite hebben met klokkijken en hulp nodig hebben bij het zich oriënteren in de tijd. Daarnaast biedt het Beeldhorloge hulp bij het structureren van de dag en het herinnert gebruikers aan afspraken en activiteiten. Het plannen van activiteiten en bijbehorende afbeeldingen kan op een speciaal voor het Beeldhorloge ontwikkelde website.

De geplande activiteiten worden automatisch en draadloos naar het juiste Beeldhorloge verstuurd. Dit loopt via een speciaal hiervoor ontwikkeld abonnement. Voor meer informatie kunt u de website www.beeldhorloge.nl bezoeken.

Wie mag deze zorg verlenen

U kunt het Beeldhorloge bestellen via het bestelformulier op www.beeldhorloge.nl. Als verzekerde van Kiemer krijgt u het horloge dan de eerste twee maanden gratis op proef, zodat u kunt proberen of het aan uw verwachtingen en/of behoefte voldoet. U betaalt in deze periode alleen de abonnementskosten.

Uitsluitingen

- Er bestaat geen recht op vergoeding als de verzekerde verblijft in een AWBZ-instelling.
- De abonnementskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	€ 50,-	€ 100,-	€ 150,-

3.6 Bewegzorg

a. Bewegprogramma's

Inhoud zorg

U hebt in aanvulling op de basisverzekering per indicatie eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur recht op vergoeding van een bewegprogramma. Deze programma's zijn een combinatie van zorg op maat en verantwoord bewegen/sporten. Het doel van deze programma's is, naast klachtenvermindering, het aanleren van goed beweeggedrag en een gezonde leefstijl. Na afloop van het bewegprogramma hebt u de mogelijkheid om door te stromen naar medische fitness.

Let op

Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

Indicaties

Algemene bewegprogramma's:

- astma/COPD (milde vorm, FEV1/VC > 60%);
- diabetes type 2;
- fibromyalgie;
- overgewicht (BMI > 30).

Fitkids:

Voor kinderen van 6 tot 18 jaar met een chronische ziekte, beperking of langdurige aandoening. Bijvoorbeeld voor kinderen met astma, diabetes, een aange-

boren hartafwijking, Cystic Fibrosis of reuma, maar ook voor kinderen met een motorische achterstand, autisme of het downsyndroom.

Wie mag deze zorg verlenen

Algemene beweegprogramma's: voor deze programma's gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten.

Fitkids: een door ons gecontracteerd Fitkidscentrum.

Tip

Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op www.kiemer.nl bij 'Vind uw zorgaanbieder' of neem telefonisch contact met ons op.

Verwijzing

Deelname aan algemene beweegprogramma's is alleen mogelijk op verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts of de behandelend medisch specialist. De bedrijfsarts mag alleen verwijzen als er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

Deelname aan Fitkids is alleen mogelijk op verwijzing van de kinderarts of de behandelend medisch specialist.

Uitsluiting

Het programma kan niet tegelijkertijd met individuele fysiotherapie of oefentherapie Cesar/Mensendieck voor dezelfde medische indicatie gevolgd worden.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Maximaal € 250,-	Volledig	Volledig

Let op

U hebt alleen recht op vergoeding als het programma voor tenminste 80% is gevolgd.

b. Medische fitness

Inhoud zorg

U hebt eenmaal per kalenderjaar recht op medische fitness met als doel, naast het voorkomen van klachten, het aanleren van goed beweeggedrag en een gezonde leefstijl, verhoging van de belasting en belastbaarheid. Het programma dient minimaal eenmaal per week te worden gevolgd, te beginnen binnen twee weken na een reguliere individuele of groepsbehandeling fysiotherapie, een beweegprogramma of oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Wie mag deze zorg verlenen

Voor dit programma gecontracteerde fysio- en oefentherapeuten.

Tip

Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op www.kiemer.nl bij 'Vind uw zorgaanbieder'.

Uitsluiting

Medische fitness kan niet tegelijkertijd met individuele en/of groepsbehandelingen fysiotherapie, een beweegprogramma of oefentherapie Cesar/Mensendieck voor dezelfde medische indicatie gevolgd worden.

Vergoeding

Het programma duurt zes maanden en dient in zijn geheel gevolgd te worden. De vergoeding vindt pas plaats als na zes maanden het volledige programma is afgerond. Er bestaat geen recht op vergoeding als het programma zonder medische redenen wordt afgebroken.

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	€ 60,-	€ 60,-

3.7 Brillen en contactlenzen

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van brillen en/of contactlenzen als de sterkte van één van de glazen of lenzen minimaal 0,25 dioptrieën bedraagt of er een prismatische correctie in is aangebracht.

Wie mag deze zorg verlenen

Een (internet)opticien.

Uitsluiting

Leesbrillen waarvan de kosten van montuur en glazen samen minder dan € 50,- bedragen, worden niet vergoed.

Bijzonderheid

Brillen en/of contactlenzen worden uitsluitend vergoed bij inlevering van de originele betaalde nota, waar het voorschrift van arts of opticien is bijgevoegd. Voor de vergoeding van wegwerplenzen is slechts eenmalig het voorschrift van arts of opticien vereist.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Maximaal € 50,- per twee kalenderjaren*	Maximaal € 50,- per kalenderjaar	Maximaal € 100,- per kalenderjaar	Maximaal € 500,- per kalenderjaar

*Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken en telt de duur van de onderbreking mee voor het bepalen van de termijn van twee kalenderjaren.

Tip

Met Eye Wish Groeneveld en Specsavers hebben wij kortingsafspraken voor (kinder)brillen en contactlenzen gemaakt. Kijk voor meer informatie op onze website www.kiemer.nl of in de winkels van de betreffende opticiens.

3.8 Buitenland

a. Preventieve consulten en middelen bij verblijf in het buitenland

Inhoud zorg

U hebt ten behoeve van verblijf in het buitenland (bijvoorbeeld wegens vakantie, stage of werk) recht op vergoeding van consulten en preventieve vaccinaties en geneesmiddelen ter voorkoming van de volgende ziektes: cholera, differie-tetanus-polio (DTP), gele koorts, hepatitis A, combinatie hepatitis A en B, malaria, meningokokkenziekte (ACWY), rabies, tekenencefalitis (FSME) en tyfus.

Wie mag deze zorg verlenen

Een instelling of (huis)arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR). Welke instellingen en (huis)-artsen dit zijn kunt u vinden op www.lcr.nl/adressen.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig bij GGD, 80% bij andere zorgaanbieders	Volledig

b. Spoedeisende zorg in het buitenland

Inhoud zorg

Bij tijdelijk verblijf van korter dan een jaar in een ander land dan uw woonland, hebt u recht op vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg. Er is sprake van spoedeisende zorg als deze bij vertrek onvoorzien was en redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot na terugkeer in uw woonland. Het betreft uitsluitend een aanvulling op de vergoeding van zorg of diensten waarop aanspraak bestaat op grond van een bij ons of elders afgesloten basisverzekering. De aanvulling is het verschil tussen de vergoeding uit de basisverzekering en de in rekening gebrachte kosten. Als u spoedeisende zorg nodig hebt, dan moet u dit met spoed en zo mogelijk vooraf (laten) melden aan de Kiemer Alarmservice (zie artikel 2.6 onder b).

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Volledig, in een EU-, EER- of verdragsland	Volledig, werelddekking	Volledig, werelddekking	Volledig, werelddekking

c. Overlijden in het buitenland

Inhoud zorg

U hebt, na inschakeling van de Kiemer Alarmservice (zie artikel 2.6 onder b), recht op vergoeding van het vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden in het buitenland naar uw woonland, op basis van kostprijs. In plaats hiervan kunnen in voorkomende gevallen de kosten van begraving of crematie ter plaatse worden vergoed, tot maximaal de kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Volledig, in een EU-, EER- of verdragsland	Volledig, werelddekking	Volledig, werelddekking	Volledig, werelddekking

d. Repatriëring bij ziekte en/of ongeval

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van repatriëring door of in opdracht van de

Kiemer Alarmservice (zie artikel 2.6 onder b) op basis van kostprijs, voor zover geen aanspraak bestaat op vergoeding van deze kosten op grond van een bij ons of elders afgesloten basisverzekering. Onder repatriëringkosten wordt verstaan de kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden, inclusief medisch noodzakelijke begeleiding, vanuit het buitenland naar de woonplaats van de verzekerde. Deze kosten dienen in directe relatie te staan tot de ziekte of het ongeval.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Volledig, in een EU-, EER- of verdragsland	Volledig, werelddekking	Volledig, werelddekking	Volledig, werelddekking

3.9 Cursussen

Inhoud zorg

U hebt recht op deelname aan de volgende cursussen:

- babymassage, door GGD of (cursusbureau van een) thuiszorgorganisatie;
- cursussen gericht op het omgaan met spanningen/stress, door GGD of (cursusbureau van een) thuiszorgorganisatie;
- droogbedtraining, door GGD;
- EHBO-cursus bij Volwassenen en bij Kinderen, door iedereen EHBO (online cursus), met uitzondering van herhalingscursussen;
- EHBO-cursus die leidt tot het diploma Eerste Hulp of het certificaat Eerste Hulp aan Kinderen van het Oranje Kruis, met uitzondering van herhalingscursussen;
- Opvoeden zo!, door GGD of (cursusbureau van een) thuiszorgorganisatie;
- Peuter in Zicht, door GGD of (cursusbureau van een) thuiszorgorganisatie;
- Reanimatie- en AED-cursus, door een instructeur of instelling die is gecertificeerd door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR), met uitzondering van herhalingscursussen;
- Slapen kun je leren, door GGD of (cursusbureau van een) thuiszorgorganisatie;
- Stoppen met roken, groepscursus door GGD of (cursusbureau van een) thuiszorgorganisatie;
- valpreventie (In Balans of Zicht op Evenwicht), door GGD of (cursusbureau van een) thuiszorgorganisatie;
- voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen door een gewichtsconsulent aangesloten bij de Beroepsvereniging Gewichtsconsulenten Nederland (BGN);
- zelfmanagementcursussen die erop gericht zijn te leren omgaan met een ziekte en/of aandoening, door patiëntenverenigingen aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of bij de CG-Raad;
- Ziekenverzorging thuis en De Zorg de Baas, gericht op ondersteuning van mantelzorgers, door GGD, (cursusbureau van een) thuiszorgorganisatie of Steunpunt Mantelzorg;
- zwangerschapscursus voor de vrouwelijke zwangere verzekerde, gericht op voorbereiding op de bevalling, begeleiding bij de bevalling en het fysieke herstel tot maximaal zes maanden na de bevalling, door GGD, (cursusbureau van een) thuiszorgorganisatie of instelling voor kraamzorg.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Maximaal € 75,- per kalenderjaar voor alle cursussen samen	Maximaal € 125,- per kalenderjaar voor alle cursussen samen	Maximaal € 150,- per kalenderjaar voor alle cursussen samen

Let op

Vergoeding van een EHBO-cursus en een reanimatie- en AED-cursus vindt uitsluitend plaats als u een kopie van het behaalde certificaat kunt overleggen.

3.10 Diabetes startpakket

Inhoud zorg

U hebt recht op een diabetes startpakket als bij u de diagnose diabetes type 2 is gesteld en u geen recht hebt op een vergoeding van teststrips op grond van de basisverzekering. Dit startpakket bestaat uit een bloedglucosemeter, lancetten voor zelfcontrole en 50 bloedglucose-strips.

Wie mag deze zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorgaanbieder.

Tip

Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op www.kiemer.nl bij 'Vind uw zorgaanbieder'.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op

Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

3.11 Dieetadvisering

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten met een medisch doel.

Wie mag deze zorg verlenen

Een diëtist die voldoet aan de eisen van het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Verwijzing

Een verwijzing door een arts of tandarts is noodzakelijk.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal € 480,- per kalenderjaar	De uit medisch oogpunt noodzakelijke zorg

3.12 Ergotherapie

Inhoud zorg

U hebt in aansluiting op de basisverzekering recht op vergoeding van advisering, instructie, training en/of begeleiding in de behandelruimte van een ergotherapeut of bij u thuis, met als doel uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen.

Verwijzing

Een verwijzing door een arts is noodzakelijk.

Wie mag deze zorg verlenen

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen van het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Maximaal 2 uren per kalenderjaar	Maximaal 5 uren per kalenderjaar	De uit medisch oogpunt noodzakelijke uren

3.13 Fysiotherapie en oefentherapie

a. Fysiotherapie (aanvulling op de basisverzekering)

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van medisch noodzakelijke fysiotherapie, waaronder begrepen bekkenfysiotherapie, geriatrie fysiotherapie, kinderfysiotherapie, lymfedrainage/oedeemtherapie, manuele therapie en psychosomatische therapie.

Wie mag deze zorg verlenen

Een fysiotherapeut die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR). Inschrijving in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie is te controleren via www.fysiotherapie.nl.

Lymfedrainage/oedeemtherapie mag ook worden verleend door een huidtherapeut die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut' en staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.

Let op

Behandelingen door een fysiotherapeut of huidtherapeut die niet voldoet aan deze begripsomschrijving worden niet vergoed.

Uitsluitingen

- U hebt geen recht op vergoeding van een individuele of een groepsbehandeling die uitsluitend bedoeld is om de conditie door middel van training te bevorderen.
- In het kalenderjaar waarin een door ons vergoed beweegprogramma zoals genoemd onder het artikel Beweegzorg is beëindigd, hebt u geen recht meer op vergoeding van individuele of groepsbehandelingen fysiotherapie voor dezelfde medische indicatie.

Verwijzing

U kunt de gecontracteerde fysiotherapeut zonder verwijzing bezoeken, om door middel van een screening te laten beoordelen of uw klachten fysiotherapeutisch behandeld kunnen worden.

Let op

Als u naar een huidtherapeut of een niet-gecontracteerde fysiotherapeut gaat, is wel een verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts, sportarts of behandelend medisch specialist noodzakelijk. De bedrijfsarts mag alleen verwijzen als er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

Tip

Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op www.kiemer.nl bij 'Vind uw zorgaanbieder'.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar	Maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie.	Maximaal 20 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar, waarvan maximaal 9 behandelingen manuele therapie.	Alle medisch noodzakelijke behandelingen, waarvan maximaal 18 behandelingen manuele therapie per kalenderjaar.

Volledige vergoeding hiervan bij behandeling door een gecontracteerde zorgaanbieder. Bij behandeling door een niet gecontracteerde fysiotherapeut of huidtherapeut bedraagt de vergoeding maximaal € 22,- per behandeling voor algemene fysiotherapie en maximaal € 32,- per behandeling voor bekkenfysio-

therapie, geriatrie fysiotherapie, kinderysiotherapie, lymfedrainage/oedeemtherapie, manuele therapie en psychosomatische therapie.

Let op

Zowel de screening als de intake tellen voor de vergoeding als een volledige behandeling.

Het aantal behandelingen, de behandelduur en de behandelfrequentie worden bepaald door de behandelend fysiotherapeut, eventueel in overleg met de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

b. Oefentherapie Cesar/Mensendieck (aanvulling op de basisverzekering)

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van medisch noodzakelijke oefentherapie.

Wie mag deze zorg verlenen

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck, die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit ‘Diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut’.

Uitsluiting

In het kalenderjaar waarin een door ons vergoed beweegprogramma zoals genoemd onder het artikel Beweegzorg is beëindigd, hebt u geen recht meer op vergoeding van individuele of groepsbehandelingen oefentherapie voor dezelfde medische indicatie.

Verwijzing

U kunt de gecontracteerde oefentherapeut zonder verwijzing bezoeken, om door middel van een screening te laten beoordelen of uw klachten door middel van oefentherapie behandeld kunnen worden.

Let op

Als u naar een niet-gecontracteerde oefentherapeut gaat, is wel een verwijzing van de huisarts, bedrijfsarts of behandelend medisch specialist noodzakelijk. De bedrijfsarts mag alleen verwijzen als er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

Tip

Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op www.kiemer.nl bij ‘Vind uw zorgaanbieder’.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar	Maximaal 12 behandelingen per kalenderjaar	Maximaal 20 behandelingen per kalenderjaar	Alle medisch noodzakelijke behandelingen

Volledige vergoeding bij behandeling door een gecontracteerde oefentherapeut.

Bij behandeling door een niet gecontracteerde oefentherapeut bedraagt de vergoeding maximaal € 22,- per behandeling.

Let op

Zowel de screening als de intake tellen voor de vergoeding als een volledige behandeling.

Het aantal behandelingen, de behandelduur en de behandelfrequentie worden bepaald door de behandelend oefentherapeut, eventueel in overleg met de huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

3.14 GeboorteTENS

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van de huur van een GeboorteTENS ten behoeve van de pijnverlichting bij de bevalling gedurende maximaal 6 weken.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig, maximaal 6 weken	Volledig, maximaal 6 weken

3.15 (Genees)middelen

Vergoeding

Voor alle hieronder genoemde (genees)middelen geldt de volgende vergoeding:

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig	Volledig

Inhoud zorg

U hebt in aanvulling op de basisverzekering recht op vergoeding van de volgende middelen:

a. Calcium carbonaat

Indicaties

- Als adjuvant bij specifieke medicatie en voor preventie en behandeling osteoporose.
- Als fosfaatbinder bij hyperfosfataemie.
- Preventie en behandeling van calciumdeficiëntie.

Aanvraag

Een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts is vereist.

Toestemming

Wij dienen voorafgaand toestemming te verlenen.

b. Kunstspeeksel

Uitsluiting

Caphosol wordt niet vergoed.

Aanvraag

Een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts is vereist.

Toestemming

Wij dienen voorafgaand toestemming te verlenen.

c. Sanadep swabs

Indicaties

Alleen toegestaan bij ernstig zieken en terminale patiënten.

Aanvraag

Een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts is vereist.

Toestemming

Wij dienen voorafgaand toestemming te verlenen.

d. Vitamines, magnesiumgluconaat, natriumbicarbonaat, ijzertabletten, kaliumcitraat

Indicaties

Bij nierinsufficiëntie of cystic fibrosis.

Aanvraag

Een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts is vereist.

Toestemming

Wij dienen voorafgaand toestemming te verlenen.

e. Nutilis, resource thicken up, Nutriton instant, Thick & Easy verdikkingsmiddel, Stimulance multi fibre mix, Resource thickened drink

Indicaties

- spastische aandoening slokdarm;
- cystic fibrosis;
- permanente slikstoornissen als gevolg van een neurologische aandoening.

Aanvraag

Een gemotiveerde aanvraag van de behandelend arts is vereist. Bij neurologische aandoeningen op aanvraag van de neuroloog.

Toestemming

Wij dienen voorafgaand toestemming te verlenen.

f. Oogdruppels

Op voorschrift van de oogarts, uitsluitend voor middelen die in het geheel niet onder de dekking van de basisverzekering vallen.

g. Sifrol tablet 1mg

U hebt recht op vergoeding van de GVS-bijdrage tegen overleg van de originele nota.

3.16 Griepvaccinatie

Inhoud zorg

U hebt recht op een preventieve injectie tegen griep (influenza) als u niet behoort tot een van de risicogroepen in het kader van het Nationaal Programma Grieppreventie.

Wie mag deze zorg verlenen

Het vaccin dient te worden toegediend door een arts van PreMeo Thuisvaccinatie. Via www.premeo.nl kunt u een afspraak maken voor het toedienen van de vaccinatie op een door u aangegeven adres en tijdstip.

Let op

Griepvaccinaties toegediend door andere zorgaanbieders komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig, eenmaal per kalenderjaar

3.17 GVS- bijdrage

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage die verschuldigd is voor geneesmiddelen die verstrekt worden volgens de voorwaarden van de basisverzekering.

Bijzonderheden

De GVS-bijdrage wordt niet vergoed als deze verschuldigd is voor een geneesmiddel dat wij op grond van het preferentiebeleid niet vergoeden.

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal € 200,- per kalenderjaar	Maximaal € 400,- per kalenderjaar

3.18 Herstel en Balans

Inhoud zorg

Deelname aan een revalidatieprogramma voor oncologische patiënten bij een door ons erkende instelling. Het betreft een groepsprogramma bestaande uit lichaamstraining en psycho-educatie, gericht op het verminderen van klachten na een oncologische behandeling en een betere kwaliteit van leven.

Verwijzing

Een verwijzing van de huisarts of behandelend medisch specialist is noodzakelijk.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal € 500,- per kalenderjaar	Volledig

3.19 Herstellingsoorden

Inhoud zorg

U hebt na onze voorafgaande toestemming gedurende maximaal zes weken recht op vergoeding van de kosten van opname in een in Nederland gevestigd herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. De opname in het herstellingsoord dient plaats te vinden aansluitend aan de ziekenhuisopname en heeft tot doel de opnameperiode in het ziekenhuis te bekorten.

Met herstellingsoord wordt bedoeld een in Nederland gevestigd centrum dat hulp biedt aan personen die vanwege somatische (lichamelijke) klachten gedurende 24 uur per dag tijdelijke opvang, begeleiding en verpleging nodig hebben. Hieronder kan ook een zorghotel vallen.

Aanvraag

Voor de opname is een gemotiveerde aanvraag van de behandelend medisch specialist vereist.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig

3.20 Huidtherapie

a. Camouflagetherapie

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van de lessen en de in het kader van de lessen noodzakelijk te gebruiken materialen. Dit geldt uitsluitend als de lessen beperkt blijven tot de behandeling van het gezicht en/of de hals.

Wie mag deze zorg verlenen

- Een huidtherapeut die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut' en staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.
- Een gekwalificeerde schoonheidsspecialist die bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) staat geregistreerd met de specialisatie Camouflage.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op

Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

b. Epilatie

Inhoud zorg

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op vergoeding van elektrische epilatie, een epilight-, IPL-, of laserbehandeling. Dit geldt uitsluitend als de behandeling beperkt blijft tot het gezicht en/of de hals.

Wie mag deze zorg verlenen

- Een huidtherapeut die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut' en staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.
- Elektrische epilatie mag ook worden gegeven door een gekwalificeerde schoonheidsspecialist die bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) staat geregistreerd met de specialisatie Elektrisch ontharen.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal € 500,-, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur	Maximaal € 1500,-, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op

Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

c. Acnébehandeling

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van behandeling, exclusief te gebruiken materialen.

Wie mag deze zorg verlenen

- Een huidtherapeut die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut' en staat ingeschreven in het register van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.
- Een gekwalificeerde schoonheidsspecialist die bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) staat geregistreerd met de specialisatie Acné.

Verwijzing

Een verwijzing door de huisarts is vereist.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Maximaal € 250,- per kalenderjaar	Maximaal € 500,- per kalenderjaar	Volledig

3.21 Hulpmiddelen (eigen bijdrage)

Inhoud zorg

U hebt recht op (gedeeltelijke) vergoeding van de eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering bent verschuldigd. De eigen bijdrage is het verschil tussen de aanschafprijs en de maximale vergoeding genoemd in het Reglement Hulpmiddelenzorg van De Friesland. Voorwaarde hiervoor is dat u op grond van de basisverzekering aanspraak hebt op verstrekking van het hulpmiddel.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledige vergoeding voor: - allergeenvrije schoenen; - contactlenzen op medische indicatie; - (semi)orthopedische schoenen. Maximaal € 250,- voor: - haarwerken; - hoortoestellen.

3.22 Kinderopvang

Inhoud zorg

U hebt vanaf de vijfde opnamedag recht op een bijdrage in de kosten van kinderopvang voor kinderen tot 14 jaar, als de verzorgende ouder is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg.

Let op

De vergoeding heeft geen betrekking op de uren kinderopvang die al zijn afgesproken voordat er sprake was van een opname in een instelling voor medisch specialistische zorg.

Wie mag deze zorg verlenen

Een kindercentrum of gastouder geregistreerd in het Landelijk Register Kinderopvang (LRK).

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Maximaal € 200,- per kalenderjaar	Maximaal € 200,- per kalenderjaar	Maximaal € 250,- per kalenderjaar

3.23 Kinderwensconsult

Inhoud zorg

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op vergoeding van een kinderwensconsult. Tijdens een kinderwensconsult krijgt u advies over medicatie, voeding en leefstijl voorafgaande aan de zwangerschap, volgens de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

Wie mag deze zorg verlenen

- Een verloskundige met het certificaat Preconceptiezorg.
- Een Care for Women specialiste (Zorgeloos Zwanger spreekuur).

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Maximaal € 50,- eenmalig tijdens de gehele verze- keringsduur	Maximaal € 50,- eenmalig tijdens de gehele verze- keringsduur	Maximaal € 100,- eenmalig tijdens de gehele verze- keringsduur

Let op

Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

3.24 Kostenvergoeding bij ziekenhuisopname

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van kosten in verband met een aaneengesloten opname van langer dan twee maanden van een (eigen) in- of uitwonend kind tot 27 jaar in een ziekenhuis in Nederland. De voorwaarden hiervoor is dat zowel u als degene die is opgenomen een aanvullende verzekering bij Kiemer hebben afgesloten waarin het onderdeel Kostenvergoeding bij ziekenhuisopname is verzekerd.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Maximaal € 200,-	Maximaal € 400,-	Maximaal € 600,-

3.25 Kraamzorg

a. Tegemoetkoming eigen bijdrage

Inhoud zorg

De vrouwelijke verzekerde heeft tegen inlevering van de originele nota recht op compensatie van de eigen bijdrage bevalling en kraamzorg die op grond van de Zorgverzekeringswet is verschuldigd.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	€ 150,-	Volledig	Volledig

b. Uitgestelde kraamzorg thuis

Inhoud zorg

De vrouwelijke verzekerde heeft in de volgende situaties recht op vergoeding van uitgestelde kraamzorg:

- bij een vacuümverlossing, keizersnede of meerlingbevalling: bij thuiskomst van de baby('s) binnen zes weken na de bevalling. Verder dient de kraamzorg in dat geval volledig plaats te vinden binnen tien dagen na ontslag van de baby('s) uit het ziekenhuis;
- bij couveusekinderen: de kraamzorg dient volledig plaats te vinden binnen tien dagen na ontslag van de baby('s) uit het ziekenhuis;
- bij adoptie van een baby jonger dan zes maanden: de kraamzorg dient volledig plaats te vinden binnen zes weken na de adoptie.

Wie mag deze zorg verlenen

Gecontracteerde kraam- of thuiszorgorganisaties.

Tip

Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op www.kiemer.nl bij 'Vind uw zorgaanbieder'.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Maximaal 12 uren	Maximaal 16 uren	Maximaal 16 uren

De omvang van de aanvullende kraamzorg is afgestemd op de behoefte van moeder en kind.

c. Kraampakket

Alle aanstaande moeders die bij ons staan ingeschreven hebben vanaf de zesde maand van de zwangerschap recht op een kraampakket. Dit bevat onder andere kraammatrasjes, kraamverband, steriele gaasjes, watten enz. U kunt het kraampakket bestellen door te bellen met 0900-291 31 31 of kijk op www.kiemer.nl. Wij bezorgen het kraampakket bij u thuis.

3.26 (Kuur)behandelingen

a. Kuurbehandelingen ten behoeve van reumapatiënten

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van een kuurbehandeling in

- Bad Hofgastein (Oostenrijk);
- Bad Pyrmont (Duitsland);
- Jachymov (Tsjechië);

- Nieuweschans;
- Piestany (Slowakije).

Voorwaarde hiervoor is dat u reumatoïde artritis (RA), artritis psoriatica of de ziekte van Bechterew hebt.

Aanvraag

Er dient vooraf een gemotiveerde aanvraag te worden ingediend. Hiervoor bestaat een standaard vragenformulier, in te vullen door de huisarts en de behandelend reumatoloog, dat wij u op verzoek toesturen. Aan de hand hiervan beoordelen wij of u toestemming wordt verleend. Aan deze toestemming verbinden wij nadere voorwaarden.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal € 1500,- per kalenderjaar

Let op

Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient de kuur volledig te worden afgerond.

b. Kuurbehandelingen ten behoeve van psoriasispatiënten

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van een kuurbehandeling in Ein Bokek (Israël), als u psoriasis hebt.

Aanvraag

Er dient vooraf een gemotiveerde aanvraag te worden ingediend. Hiervoor bestaat een standaard vragenformulier, in te vullen door de behandelend huidarts, dat wij u op verzoek toesturen. Aan de hand hiervan beoordelen wij of toestemming wordt verleend. Aan deze toestemming verbinden wij nadere voorwaarden.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal € 1500,- per kalenderjaar

Let op

Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient de kuur volledig te worden afgerond.

c. Poliklinische behandeling psoriasis

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van poliklinische behandelingen in de kuurpolikliniek van Fontana Bad Nieuweschans als u psoriasis hebt.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal 30 behandelingen per kalenderjaar

3.27 Lactatiekundig advies

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van voorlichting en advies met betrekking tot borstvoeding.

Verwijzing

Er is een verwijzing door de huisarts, verloskundige of consultatiebureau nodig.

Wie mag de zorg verlenen

Een lactatiekundige die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal € 100,- per bevalling	Maximaal € 200,- per bevalling

3.28 Lidmaatschap patiëntenvereniging.

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging die is aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Landelijk Platform GGz (LPGGz) of de CG-Raad.

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal € 50,- per kalenderjaar

3.29 Mantelzorgvervangende hulp

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van vervangende hulpverlening in verband met vakantie van de vaste verzorger(s) van chronisch zieken of ernstig gehandicapten.

Wie mag deze zorg verlenen

Gekwalificeerde vrijwilligers van de Stichting Mantelzorgvervanging Nederland "Handen-in-Huis".

Toestemming vooraf

Onze voorafgaande toestemming is vereist.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal 21 dagen

3.30 Medische screening bij adoptie

Inhoud zorg

U hebt als adoptieouder recht op vergoeding van de medische screening (preventief onderzoek) die een verplicht onderdeel uitmaakt van de adoptieprocedure bij adoptie van een kind uit het buitenland.

Wie mag de zorg verlenen

De medische screening moet worden uitgevoerd door een kinderarts.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig

3.31 MTX calamiteitenpakket

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van het MTX calamiteitenpakket als u op voorschrift van de medisch specialist in de thuissituatie methotrexaat gebruikt.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig

3.32 Operatieve ingrepen

a. Bovenoglidcorrectie

Inhoud zorg

U hebt in aanvulling op de basisverzekering na onze voorafgaande toestemming recht op vergoeding van een bovenoglidcorrectie voor zover er sprake is van een functionele belemmering van het gezichtsvermogen.

Aanvraag

De zorg dient vooraf door de medisch specialist te worden aangevraagd, met een omschrijving van de klachten. Verder ontvangen wij graag foto's waarop uw gezicht duidelijk zichtbaar is en u ontspannen recht vooruit kijkt in de camera, en een foto van de zijkant van het gezicht.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledige vergoeding bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Bij behandeling door een niet gecontracteerde zorgaanbieder bedraagt de vergoeding maximaal het door ons gecontracteerde tarief.

b. Flapoorcorrectie

Inhoud zorg

Er bestaat na onze voorafgaande toestemming recht op vergoeding van een flapoorcorrectie voor kinderen tot 18 jaar.

Aanvraag

Een door de medisch specialist opgesteld behandelplan is vereist. Hierin moet de aard en omvang van de afwijking worden weergegeven en de noodzaak tot ingrijpen worden onderbouwd.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Volledige vergoeding bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Bij behandeling door een niet gecontracteerde zorgaanbieder bedraagt de vergoeding maximaal het door ons gecontracteerde tarief.	Volledige vergoeding bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Bij behandeling door een niet gecontracteerde zorgaanbieder bedraagt de vergoeding maximaal het door ons gecontracteerde tarief.	Volledige vergoeding bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Bij behandeling door een niet gecontracteerde zorgaanbieder bedraagt de vergoeding maximaal het door ons gecontracteerde tarief.

c. Ooglaserbehandelingen (refractiechirurgie, in aanvulling op de basisverzekering)

Inhoud zorg

Als u 18 jaar of ouder bent hebt u, in aanvulling op de basisverzekering, recht op het door middel van een chirurgische behandeling opheffen van bij- of verziendheid van de ogen.

Wie mag deze zorg verlenen

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een oogarts werkzaam in een ziekenhuis, privékliniek of een zelfstandig behandelcentrum.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Maximaal € 50,- eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur	Maximaal € 100,- eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur	Maximaal € 250,- eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op

Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

d. Sterilisatie

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van sterilisatie door een medisch specialist. Sterilisatie van de man mag ook worden uitgevoerd door een gecontracteerde huisarts.

Uitsluiting

De kosten van hersteloperaties na sterilisatie worden niet vergoed.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledige vergoeding bij een gecontracteerde huisarts of een gecontracteerde medisch specialist. Bij behandeling door een niet gecontracteerde medisch specialist bedraagt de vergoeding maximaal het door ons gecontracteerde tarief.	Volledige vergoeding bij een gecontracteerde huisarts of een gecontracteerde medisch specialist. Bij behandeling door een niet gecontracteerde medisch specialist bedraagt de vergoeding maximaal het door ons gecontracteerde tarief.

3.33 Overgangsconsult

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van consultatie van:

- een Care for Women-specialiste, aangesloten bij de koepelorganisatie Care for Women;
- een verpleegkundig overgangsconsulente aangesloten bij de Vereniging van Verpleegkundige Overgangsconsulenten (VVOC).

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal € 100,- tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op

Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

3.34 Pedicure

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van behandeling als u diabetes of reumatische artritis hebt.

Wie mag deze zorg verlenen

De zorg dient te worden verleend door een pedicure ingeschreven in het Pro-CERT KwaliteitsRegister voor Pedicures (KRP).

Verwijzing

Bij de eerste behandeling dient u een gemotiveerde verwijzing door de huisarts of medisch specialist te overleggen.

Uitsluiting

Als u in het kader van ketenzorg recht hebt op diabetes voetzorg uit de basisverzekering, vervalt de aanspraak uit de aanvullende verzekering.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig

3.35 Pensionkosten (onder andere Ronald McDonald Huizen)

Inhoud zorg

U hebt als bezoekend gezinslid recht op vergoeding van de kosten van verblijf op basis van logies in een Ronald McDonald Huis, Kiwanishuis of daarmee door ons gelijk te stellen instelling. Onder gezinslid wordt verstaan echtgenoot, echtgenote, partner en (eigen) in- of uitwonend kind tot 27 jaar. Voorwaarde hiervoor is dat zowel u als het gezinslid dat u bezoekt bij ons een aanvullende verzekering hebben afgesloten waarin het onderdeel Pensionkosten is verzekerd.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Volledig	Volledig	Volledig

3.36 Plaswekker

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van de aanschaf- of huurprijs van een plaswekker inclusief de noodzakelijke toebehoren. Bij huur geldt een maximale huurperiode van drie maanden.

Voorschrift

Een voorschrift van de huisarts is vereist.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Volledig, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur	Volledig, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur	Volledig, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op

Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

3.37 Podotherapie, podologie en podoposturaaltherapie

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van de behandeling.

Let op

Steun- en therapiezolen vallen hier niet onder, maar zijn apart geregeld onder het artikel Steunzolen en therapiezolen.

Wie mag deze zorg verlenen

Podotherapie: een in Nederland gevestigde podotherapeut die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Besluit 'Diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'.

Podologie: een register(sport)podoloog A&B aangesloten bij de Stichting LOOP.

Podoposturaaltherapie: een registertherapeut aangesloten bij het Omni Podo Genootschap.

Verwijzing

Een verwijzing door de huisarts of medisch specialist is vereist. U dient deze verwijzing bij de eerste declaratie te voegen.

Uitsluiting

Als u in het kader van ketenzorg recht hebt op diabetes voetzorg uit de basisverzekering, vervalt de aanspraak uit de aanvullende verzekering.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig, uitsluitend voor verzekerden tot 18 jaar	Volledig

3.38 Prenatale screening Downsyndroom

Inhoud zorg

De zwangere vrouwelijke verzekerde jonger dan 36 jaar heeft, zonder dat hier toe een medische noodzaak bestaat, recht op een combinatie-test bestaande uit een nekplooi-meting (NT-meting; bij 11-14 weken zwangerschap) en een kansbepalende bloedtest (bij 9-14 weken zwangerschap).

Wie mag deze zorg verlenen

Een huisarts, verloskundige of gynaecoloog die:

- een vergunning heeft in het kader van de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo) of;
- een samenwerkingsovereenkomst heeft met een regionaal centrum voor prenatale screening dat een Wbo-vergunning heeft;
- staat geregistreerd in een door de KNOV/LHV opgesteld register van beoefenaars met een erkend diploma/certificaat van opleiding voor de betreffende screening.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig, maximaal eenmaal per kalenderjaar

3.39 Preventief onderzoek

Inhoud zorg

U hebt, zonder dat hiertoe een medische noodzaak bestaat, recht op vergoeding van een algemene health check bestaande uit:

- meting van uw bloeddruk, longfunctie, conditie (bijv. d.m.v. een fietstest), vetpercentage, Body Mass Index (BMI), buikomvang en knijpkracht;
- individuele rapportage en bespreking.

Uitsluiting

Preventieve) onderzoeken van sport-medische aard vallen niet onder dit artikel, maar worden vergoed op grond van het artikel Sportarts/Sport medisch adviescentrum.

Wie mag deze zorg verlenen

Fysiotherapeuten en praktijken aangesloten bij Fys'Optima.

Let op

Preventieve medische onderzoeken door andere zorgaanbieders komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig, maximaal eenmaal per kalenderjaar

3.40 Psychologische zorg

a. Eerstelijns psychologische zorg

Inhoud zorg

U hebt in aanvulling op de basisverzekering recht op vergoeding van medisch noodzakelijke eerstelijns psychologische zorg.

Wie mag deze zorg verlenen

Een gezondheidszorgpsycholoog, een eerstelijns psycholoog, een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP of een NVO orthopedagoog-generalist.

Met een gezondheidszorgpsycholoog wordt bedoeld een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Met een eerstelijns psycholoog wordt bedoeld een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen.

Met een Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP wordt bedoeld een psycholoog die als zodanig is geregistreerd bij het Nederlands Instituut van Psychologen.

Met een NVO orthopedagoog-generalist wordt bedoeld een orthopedagoog die als zodanig is geregistreerd bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen.

Eigen bijdrage

Voor deze zorg bent u vanaf de leeftijd van 18 jaar een eigen bijdrage van € 20,- per zitting verschuldigd. Als u nog geen 18 jaar bent, kan het voorkomen dat de zorgverlener u toch een eigen bijdrage in rekening brengt. In dat geval kunt u de nota bij ons indienen, waarna wij de eigen bijdrage zullen vergoeden. Voor een internetbehandeltraject geldt geen eigen bijdrage.

Eigen bijdrage basisverzekering

Kinderen tot 18 jaar hebben daarnaast recht op vergoeding van de eigen bijdrage die op grond van de basisverzekering voor eerstelijns psychologische zorg is verschuldigd. U kunt de nota bij ons indienen, waarna wij de eigen bijdrage zullen vergoeden.

Verwijzing

Een verwijzing door de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of jeugdgezondheidszorgarts is vereist. De bedrijfsarts mag alleen verwijzen als er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

Uitsluitingen

U hebt geen recht op vergoeding van:

- de kosten van niet tijdig afgezegde afspraken;
- eigen bijdragen die u op grond van de basisverzekering bent verschuldigd;
- de kosten van zittingen waarvoor u op grond van de basisverzekering al een gedeeltelijke vergoeding hebt ontvangen.

Vergoeding

Zie onder b.

b. Runningtherapie

Inhoud zorg

Runningtherapie is een onder professionele begeleiding aangeboden fysiek trainingsprogramma, in de vorm van een 'rustige duurloop', voor personen met lichte tot matig ernstige depressieklachten en andere stemmingsstoornissen.

Wie mag deze zorg verlenen

- Een gekwalificeerde runningtherapeut die als zodanig is geregistreerd bij de Stichting Running Therapie Nederland, zie www.runningtherapie.nl.
- Een psychosomatische fysiotherapeut/oefentherapeut die als zodanig is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie (CKR). Inschrijving in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie is te controleren via www.fysiotherapie.nl.
- Een psychomotorisch therapeut die is opgenomen in het register van de Stichting Registratie Vaktherapeutische Beroepen (SRVB).

Verwijzing

Een verwijzing door de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of jeugdgezondheidszorgarts is vereist. De bedrijfsarts mag alleen verwijzen als er sprake is van arbeidsgerelateerde aandoeningen.

Vergoeding voor de zorg genoemd onder a. en b. samen

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Maximaal € 120,- per kalenderjaar	Maximaal € 375,- per kalenderjaar	Maximaal € 500,- per kalenderjaar	Maximaal € 1000,- per kalenderjaar

3.41 Reiskosten moeder

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van de reiskosten die u maakt in verband met het geven van borstvoeding aan de baby die is opgenomen in een ziekenhuis.

De voorwaarden hiervoor zijn dat:

- zowel de moeder als het kind bij ons verzekerd zijn;
- het kind jonger is dan drie maanden;
- het kind is aangewezen op klinisch medisch specialistische zorg en daarom is opgenomen in een instelling voor medisch specialistische zorg;
- de moeder niet is opgenomen in die instelling voor medisch specialistische zorg.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal € 0,25 per kilometer tot een maximum van € 1250,- per bevalling

3.42 Second opinion

Inhoud zorg

U hebt recht op het vragen van een beoordeling van een door een huisarts of tandarts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling aan een tweede onafhankelijke huisarts of tandarts.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig

3.43 Sportarts/Sport medisch adviescentrum (SMA)

Inhoud zorg

U hebt recht op consultatie en behandeling door een sportarts werkzaam in een Sport Medisch Adviescentrum (SMA) of Sportmedische Instelling (SMI) aangesloten bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).

Uitsluitingen

De kosten van rijbewijs-, vliegers- of duikerskeuringen worden niet vergoed. Ook hebt u geen recht op vergoeding voor prestatiebegeleiding of een cursus.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Maximaal € 150,- per kalenderjaar	Maximaal € 300,- per kalenderjaar	Volledig

3.44 Steunpessarium

Inhoud zorg

Een steunpessarium kan bij een blaas- of baarmoederverzakking verlichting geven en een operatie voorkomen.

Wie mag deze zorg verlenen

U hebt recht op vergoeding van een steunpessarium bij behandeling door een huisarts.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Volledig	Volledig	Volledig

3.45 Steunzolen en therapiezolen

Wie mag deze zorg verlenen

- Een orthopedisch schoenmaker of orthopedisch instrumentmaker waarmee wij een contract hebben afgesloten.
- Een in Nederland gevestigde podotherapeut die voldoet aan de eisen als bedoeld in het Besluit 'Diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
- Een register(sport)podoloog A&B aangesloten bij de Stichting LOOP.
- Een registertherapeut aangesloten bij het Omni Podo Genootschap.

Tip

Kijk voor gecontracteerde zorgaanbieders op www.kiemer.nl bij 'Vind uw zorgaanbieder'.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Max. € 100,- per 2 kalenderjaren	Max. € 100,- per 2 kalenderjaren

Let op

Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken en telt de duur van de onderbreking dus mee voor het bepalen van de termijn van twee kalenderjaren.

3.46 Stottertherapie

Inhoud zorg

U hebt na onze voorafgaande toestemming recht op vergoeding van de Del Ferro-therapie, de methode De Pauw (inclusief multidisciplinaire behandeling), de Bomatherapie of de therapie van het Instituut Natuurlijk Spreken. Aan de toestemming kunnen wij nadere voorwaarden verbinden.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Maximaal € 750,-, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur	Maximaal € 1000,-, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur	Volledig, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op

Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

3.47 Tandheelkundige zorg

a. Kroon- en brugwerk voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Inhoud zorg

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben, na onze voorafgaande toestemming, recht op vergoeding van alle noodzakelijke zorg (prestaties) in verband met het plaatsen van kroon- en brugwerk zoals genoemd in hoofdstuk 1.3 van de prestatielijst van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), inclusief techniekkosten. Het betreft de prestatiecodes E311 t/m E815. Voorwaarde hiervoor is dat het plaatsen van kroon en/of brugwerk een gevolg is van:

- een fractuur van een of meer frontelementen;
- een ernstige verkleuring van de frontelementen;
- een wortelkanaalbehandeling in een zwaar gerestaureerd element.

Verder kan in bijzondere gevallen, ter beoordeling van onze adviserend tandarts een vergoeding worden toegekend. Met adviserend tandarts wordt bedoeld de tandarts, die ons adviseert over toelating tot de verzekering en de medische/tandheelkundige noodzaak van de behandeling.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig	Volledig

U hebt recht op vergoeding van maximaal de bedragen genoemd op onze vergoedingenlijst, De geldende lijst van prestatiecodes met de door ons gehanteerde maximumvergoedingen maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze lijst raadplegen op www.kierner.nl. Op uw verzoek kan deze u ook worden toegestuurd.

Tip

Vraag vooraf een begroting (incl. codes) aan uw zorgaanbieder, zodat u gemakkelijk kunt nagaan welk deel van de kosten onder uw verzekering valt.

b. Beugels (orthodontie)

Inhoud zorg

Verzekerden jonger dan 22 jaar hebben recht op vergoeding van alle noodzakelijke zorg (prestaties) zoals genoemd in hoofdstuk 1.10 van de prestatielijst van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), door een orthodontist of een tandarts-algemeen practicus. Het betreft de prestatiecodes V111 t/m V812.

Uitsluitingen

- Orthodontische behandelingen die onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig ondoelmatig zijn (dit ter beoordeling van onze tandheelkundig adviseur).
- Kosten veroorzaakt door onzorgvuldig gebruik van de apparatuur.
- Orthodontische behandelingen met een esthetisch karakter, zoals behandelingen met linguale apparatuur of Invisalign, of zelfligerende keramische brackets (codes V471 en V517).

Toestemming vooraf

Onze voorafgaande toestemming is vereist als u 18 jaar of ouder bent. Als toestemming wordt geweigerd, komen ook het consult en de bijbehorende röntgenfoto's en modellen niet voor vergoeding in aanmerking.

Vergoeding voor verzekerden jonger dan 22 jaar

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Maximaal € 750,- tijdens de gehele verzekeringsduur	Maximaal € 2000,- tijdens de gehele verzekeringsduur	Volledig, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur

U hebt recht op vergoeding van maximaal de bedragen genoemd op onze vergoedingenlijst, tot het genoemde maximumbedrag.

De geldende lijst van prestatiecodes met de door ons gehanteerde maximumvergoedingen maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze lijst raadplegen op www.kierner.nl. Op uw verzoek kan deze u ook worden toegestuurd.

Tip

Vraag vooraf een begroting (incl. codes) aan uw zorgaanbieder, zodat u gemakkelijk kunt nagaan welk deel van de kosten onder uw verzekering valt.

Vergoeding voor verzekerden van 22 jaar of ouder

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van een nieuw ingezette orthodontische behandeling

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig, tot maximaal € 1000,- tijdens de gehele verzekeringsduur

U hebt recht op vergoeding van maximaal de bedragen genoemd op onze vergoedingenlijst, tot het genoemde maximumbedrag.

De geldende lijst van prestatiecodes met de door ons gehanteerde maximumvergoedingen maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze lijst raadplegen op www.kierner.nl. Op uw verzoek kan deze u ook worden toegestuurd.

Tip

Vraag vooraf een begroting (incl. codes) aan uw zorgaanbieder, zodat u gemakkelijk kunt nagaan welk deel van de kosten onder uw verzekering valt.

Let op

Een eventuele volgende hernieuwde behandeling komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Bij tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

c. Ongevallenregeling voor verzekerden jonger dan 25 jaar

Inhoud zorg

Een verzekerde jonger dan 25 jaar heeft na onze voorafgaande toestemming recht op vergoeding van een afwijkende behandeling, afhankelijk van de aard en omvang van het trauma. Voorwaarde hiervoor is dat door een ongeval een of meer frontelementen verloren zijn gegaan of zodanig zijn beschadigd dat een vulling niet meer volstaat.

Aanvraag

Een gemotiveerde aanvraag van de tandarts is vereist.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Maximaal € 750,- per kalenderjaar	Maximaal € 750,- per kalenderjaar	Maximaal € 750,- per kalenderjaar

U hebt recht op vergoeding van maximaal de bedragen genoemd op onze vergoedingenlijst, tot het genoemde maximumbedrag.

De geldende lijst van prestatiecodes met de door ons gehanteerde maximumvergoedingen maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze lijst raadplegen op www.kiemer.nl. Op uw verzoek kan deze u ook worden toegestuurd.

Tip

Vraag vooraf een begroting (incl. codes) aan uw zorgaanbieder, zodat u gemakkelijk kunt nagaan welk deel van de kosten onder uw verzekering valt.

d. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar of ouder

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van:

- de kosten van mondzorg zoals genoemd in de prestatiecodelijst uitgegeven door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en als vergoedingenlijst gepubliceerd op onze website www.kiemer.nl;
- de eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledige boven- en/of onderprothese;
- materiaal- en techniekkosten;
- de kosten van spoedeisende zorg in het buitenland.

Uitsluitingen

U hebt geen recht op vergoeding van:

- orthodontische behandelingen (zie hiervoor onderdeel b. van dit artikel);
- esthetische behandelingen;
- het uitwendig bleken van elementen (code X331);
- verdoving door middel van algehele narcose (code X631);
- de kosten van niet nagekomen afspraken;
- keuringsrapporten (code X511).

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Maximaal € 1000,- per kalenderjaar

U hebt recht op een vergoeding van maximaal de bedragen genoemd op onze vergoedingslijst, tot het genoemde maximumbedrag van € 1000,-.

De geldende lijst van prestatiecodes met de door ons gehanteerde maximumvergoedingen maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze lijst raadplegen op www.kiemer.nl. Op uw verzoek kan deze u ook worden toegestuurd.

Tip

Vraag vooraf een begroting (incl. codes) aan uw zorgaanbieder, zodat u gemakkelijk kunt nagaan welk deel van de kosten onder uw verzekering valt.

Wie mag de zorg genoemd onder a. t/m d verlenen

- Een tandarts die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.;
- Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het Besluit 'Opleidingseisen en deskundigheid mondhygiënist;'
- Een orthodontist die als zodanig staat ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

3.48 Therapeutische vakantiecampen voor kinderen

Inhoud zorg

Voor kinderen tot 18 jaar bestaat na onze voorafgaande toestemming recht op vergoeding van verblijf in een therapeutisch vakantiecamp voor een periode van maximaal zes weken per kalenderjaar. Het betreft vakantiecampen georganiseerd door:

- Diabetes Jeugdvereniging Nederland;
- Nederlandse Hartstichting (Hartenark);
- Stichting De Luchtballon;
- Stichting De Ster;
- Stichting Gezond Gewicht (Dikke Vrienden Kamp);
- Stichting Kinderoncologische Vakantiecampen.

Aanvraag

Een verklaring van de huisarts is vereist. Hieruit moet de medische indicatie blijken tot verblijf in een therapeutisch vakantiecamp.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Maximaal € 250,- per kalenderjaar	Maximaal € 500,- per kalenderjaar	Volledig

3.49 Ziekenvervoer

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer (vervoer per eigen auto, taxi of openbaar vervoer) die u op grond van de basisverzekering moet betalen. De volledige eigen bijdrage moet door u zijn betaald.

Vergoeding

AV Lieke	AV Sanne	AV Femke	AV Ayla
Geen vergoeding	Geen vergoeding	Geen vergoeding	Volledig

4. INHOUD VAN DE AANVULLENDE TANDARTSVZERZEKERINGEN

4.1 Dekking AV Tand Lars

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van:

- de kosten van mondzorg zoals genoemd in de prestatiecodelijst uitgegeven door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en als vergoedingenlijst gepubliceerd op onze website www.kierner.nl;
- de eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledige boven- en/of volledige onderprothese;
- de kosten van spoedeisende zorg in het buitenland.

Uitsluitingen

U hebt geen recht op vergoeding van:

- materiaal- en techniekkosten;
- orthodontische behandelingen (beugels, codes V111 t/m V812);
- esthetische behandelingen;
- het uitwendig bleken van elementen (code X331);
- een mondbeschermer (code X431);
- verdoving door middel van algehele narcose (code X631);
- de kosten van niet nagekomen afspraken;
- keuringsrapporten (code X511).

Wie mag deze zorg verlenen

- Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register voor Mondziekten, Kaak en aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.;
- Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.
- Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenaamde Besluit 'Opleidingseisen en deskundigheid mondhygiënist'.

Verwijzing

Voor behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing door de tandarts nodig.

Voor behandeling door een mondhygiënist(e) is in de volgende gevallen een opdracht van de tandarts of kaakchirurg nodig:

- bij het toepassen van ioniserende straling in het kader van onderzoek, naar de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaquegerelateerde aandoeningen, en voor het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan;
- bij het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties ten behoeve van geleidings- of infiltratieanesthesie;

- bij het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

Vergoeding

De vergoeding bedraagt 80% van de kosten tot maximaal de bedragen genoemd op onze vergoedingslijst. In afwijking hiervan wordt de eigen bijdrage voor de volledige onder- en/of bovenprothese volledig vergoed.

De vergoeding bedraagt in totaal maximaal € 250,- per kalenderjaar.

De geldende lijst van prestatiecodes met door ons gehanteerde maximumvergoedingen maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze lijst raadplegen op www.kierner.nl. Op uw verzoek kan deze u ook worden toegestuurd.

Tip

Vraag vooraf een begroting (incl. codes) aan uw zorgaanbieder, zodat u gemakkelijk kunt nagaan welk deel van de kosten onder uw verzekering valt.

4.2 Dekking AV Tand Sven

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van:

- de kosten van mondzorg zoals genoemd in de prestatiecodelijst uitgegeven door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en als vergoedingslijst gepubliceerd op onze website www.kierner.nl;
- de eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledige boven- en/of volledige onderprothese;
- de kosten van spoedeisende zorg in het buitenland.

Uitsluitingen

U hebt geen recht op vergoeding van:

- materiaal- en techniekkosten;
- orthodontische behandelingen (beugels, codes V111 t/m V812);
- esthetische behandelingen;
- het uitwendig bleken van elementen (code X331);
- een mondbeschermer (code X431);
- verdoving door middel van algehele narcose (code X631);
- de kosten van niet nagekomen afspraken;
- keuringsrapporten (code X511).

Wie mag deze zorg verlenen

- Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register voor Mondziekten, Kaak en aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.
- Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

- Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid conform het zogenaamde Besluit 'Opleidingseisen en deskundigheid mondhygiënist'.

Verwijzing

Voor behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing door de tandarts nodig.

Voor behandeling door een mondhygiënist(e) is in de volgende gevallen een opdracht van de tandarts of kaakchirurg nodig:

- bij het toepassen van ioniserende straling in het kader van onderzoek, naar de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaquegerelateerde aandoeningen, en voor het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan;
- bij het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties ten behoeve van geleidings- of infiltratieanesthesie;
- bij het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

Vergoeding

De vergoeding bedraagt in totaal maximaal € 250,- per kalenderjaar.

U hebt recht op de volgende vergoedingen:

- consultatie en diagnostiek (codes A111 t/m A261, A531 t/m A711, X911 en X951): volledige vergoeding tot maximaal de bedragen genoemd op onze vergoedingenlijst;
- overige codes: een vergoeding van 80%, tot maximaal de bedragen genoemd op onze vergoedingenlijst;
- de eigen bijdrage voor de volledige onder- en/of bovenprothese: volledige vergoeding.

De geldende lijst van prestatiecodes met door ons gehanteerde maximumvergoedingen maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze lijst raadplegen op www.kiemer.nl. Op uw verzoek kan deze u ook worden toegestuurd.

Tip

Vraag vooraf een begroting (incl. codes) aan uw zorgaanbieder, zodat u gemakkelijk kunt nagaan welk deel van de kosten onder uw verzekering valt.

4.3 Dekking AV Tand Thomas

Inhoud zorg

U hebt recht op vergoeding van:

- de kosten van mondzorg zoals genoemd in de prestatiecodelijst uitgegeven door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en als vergoedingenlijst gepubliceerd op onze website www.kiemer.nl;

- de eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen voor een volledige boven- en/of volledige onderprothese;
- de kosten van spoedeisende zorg in het buitenland.

Uitsluitingen

U hebt geen recht op vergoeding van:

- materiaal- en techniekkosten;
- orthodontische behandelingen (beugels, codes V111 t/m V812);
- esthetische behandelingen;
- het uitwendig bleken van elementen (code X331);
- een mondbeschermer (code X431);
- verdoving door middel van algehele narcose (code X631);
- de kosten van niet nagekomen afspraken;
- keuringsrapporten (code X511).

Wie mag deze zorg verlenen

- Een tandarts, die als zodanig geregistreerd staat volgens de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.
- Een kaakchirurg die staat ingeschreven in het Register van de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;
- Een tandprotheticus die voldoet aan de eisen van het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.
- Een vrijgevestigde mondhygiënist die is opgeleid zoals bedoeld in het Besluit 'Opleidingseisen en deskundigheid mondhygiënist'.

Wachttijd

Op de volgende prestaties is een wachttijd van 12 maanden van toepassing, te rekenen vanaf de ingangsdatum van de verzekering:

- kronen en bruggen: E-codes met uitzondering van codes E111 t/m E211, E411 en E421;
- implantaten: P-codes en code A723;
- tandvleesbehandelingen: N-codes en code A722.

Verwijzing

Voor behandeling door een kaakchirurg is een verwijzing door de tandarts nodig.

Voor behandeling door een mondhygiënist(e) is in de volgende gevallen een opdracht van de tandarts of kaakchirurg nodig:

- bij het toepassen van ioniserende straling in het kader van onderzoek, naar de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaquegerelateerde aandoeningen, en voor het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan;
- bij het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties ten behoeve van geleidings- of infiltratieanesthesie;

- bij het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen.

Vergoeding

Volledige vergoeding van de kosten tot maximaal de bedragen genoemd op onze vergoedingenlijst. De vergoeding bedraagt in totaal maximaal € 750,- per kalenderjaar.

De geldende lijst van prestatiecodes met door ons gehanteerde maximumvergoedingen maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. U kunt deze lijst raadplegen op www.kiemer.nl. Op uw verzoek kan deze u ook worden toegestuurd.

Tip

Vraag vooraf een begroting (incl. codes) aan uw zorgaanbieder, zodat u gemakkelijk kunt nagaan welk deel van de kosten onder uw verzekering valt.

5. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

5.1 Algemeen

De begripsbepalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn onverkort van toepassing, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden nadrukkelijk van deze begripsbepalingen is afgeweken.

5.2 In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Apotheker

Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers bedoeld in artikel 61, vijfde lid van de Geneesmiddelenwet.

Bedrijfsarts

Een arts die als bedrijfsarts is ingeschreven in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Collectieve verzekering

Een overeenkomst op basis waarvan degenen die behoren tot een specifieke groep (bijvoorbeeld werknemers van een bedrijf of leden van een organisatie) met korting een verzekeringsovereenkomst kunnen sluiten. De overeenkomst wordt afgesloten tussen ons en een werkgever of een rechtspersoon.

DBC (diagnose behandeling combinatie)

Een DBC is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die het ziekenhuis in rekening mag brengen. Een DBC bestaat dus uit alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die voortkomen uit een zorgvraag van een patiënt. Een DBC heeft een maximale duur van een jaar. Een DBC omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose, de behandeling en controles. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling. Voor sommige DBC's gelden vaste tarieven, vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. Voor andere DBC's kunnen wij afspraken maken met ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en vrijgevestigde specialisten (buiten een instelling) over de in rekening te brengen tarieven.

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 huisartsenzorg zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

Medisch specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Register van erkende medische specialisten van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Uitkering

De vergoeding van de door verzekerde gemaakte kosten waarop deze recht kan doen gelden op basis van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijzing

Een verwijzing bevat tenminste een omschrijving van de klachten van de verzekerde en de reden van de verwijzing, in de vorm van een specifieke medisch-inhoudelijke vraagstelling van de verwijzer aan een (met name genoemde) zorgaanbieder.

Verzekerde

De verzekerde is degene van wie de ziektekosten verzekerd zijn.

Verzekeringnemer

De verzekeringnemer is degene die de verzekering met ons heeft gesloten.

Verzekeringsduur

De termijn waarbinnen een verzekeringsovereenkomst met betrekking tot een van onze aanvullende verzekeringen tussen ons en verzekerde ononderbroken van kracht is.

Wachttijd

De periode gerekend vanaf de ingangsdatum van de verzekering waarbinnen geen recht bestaat op vergoeding van kosten. Over deze periode is wel de volledige premie verschuldigd.

Wet BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet bevat regels voor de kwaliteit van de zorgverlening door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Voor verdere informatie kunt u www.ribiz.nl raadplegen.

Wij/ons

De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen NV als risicodragers voor Kiemer.

Ziekenhuis

Een instelling voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Zorgaanbieder/Zorgverlener

Persoon of instelling die een of meer vormen van zorg in het kader van deze verzekeringsvoorwaarden mag verlenen. Met een zorgaanbieder wordt gelijkgesteld een zorgaanbieder die buiten Nederland is gevestigd en die volgens het recht van het land van vestiging beschikt over kwalificaties die gelijkwaardig zijn aan die welke in Nederland gelden.

Kijk voor meer informatie op
www.kiemer.nl