

INHOUDSOPGAVE EN OVERZICHT BELANGRIJKSTE VERSTREKKINGEN VAN SPECIFIEKE VOORWAARDEN OHRA ZORGBEWUSTPLAN PLUSPLAN

Vergoedingen en aard van de behandeling per artikel	Vergoeding	Lid	Pag.
Artikel 1 Even vooraf			3
Artikel 2 Preventie. Waarvoor bent u verzekerd?			3
Sportmedisch onderzoek maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren	Max. € 46,-	a	3
Immunisatie in verband met zwangerschap	100%	b	4
Anti-griepinjecties	100%	b	4
Geadviseerde inenting bij een vakantiereis	75%	b	4
Onderzoek hart en bloedvaten maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren	100%	c	4
Prostaatonderzoek voor mannen ouder dan 45 jaar maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren	100%	c	4
Preventiecurcussen	25%	d	4
Artikel 3 Medische behandelingen. Waarvoor bent u verzekerd?			4
Huisarts	100%	a	4
Tandheelkunde voor verzekerden jonger dan 18 jaar	75% max. € 227,-	b1	4
Poliklinische specialistische hulp	100%	c	4
Ziekenhuisopname en specialistenhulp	100%	d1	4
Nederlands Astma Centrum in Davos	100%	d2	4
Dagverpleging in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum	100%	e	5
Transplantatie	100%	f	5
Nierdialyse	100%	g	5
Ziekenvervoer per ambulance/helikopter bij opname in of ontslag uit ziekenhuis	100%	h1	5
Ziekenvervoer per taxi (er geldt een eigen bijdrage)	100%	h2	5
Ziekenvervoer per eigen vervoer (er geldt een eigen bijdrage)	€ 0,23 p/km	h2	5
Orthodontie voor verzekerden jonger dan 18 jaar	Max. € 1.816,-	i1	5
Bevallingskosten	100%	j	5
Kraamzorg via OHRA	100%	k1	5
Zelf te regelen kraamzorg	Max. 48 uur	k2	6
Kraamzorg (geldelijke vergoeding)	Max. € 912,-	k3	6
Fysio- en oefentherapie	Max. 9 behandelingen per indicatie	l1	6
Ergotherapie, logopedie, foniatrie en orthoptie	100%	m	6
Revalidatie	100%	n	6
Alternatieve geneeswijzen o.a.:	Max. € 23,- per consult per dag met een max. van € 454,- totaal voor alle therapieën	o	6
- Natuurgeneeskundige hulp, acupunctuur en homeopathie			
- Podotherapie/podo-orthesiologie, chiropractie en (ortho)manuele therapie			
Farmaceutische hulp volgens regeling Zorgverzekeraars Nederland	100%	p1	6
Dieetpreparaten volgens regeling Zorgverzekeraars Nederland	100%	p2	7
Alternatieve middelen	Max. € 227,-	q	7
(Medische) Hulpmiddelen	100%	r	7
IVF (In-vitro-fertilisatie) (er geldt een eigen bijdrage)	100%	s2	7
Erfelijkheidsonderzoek	100%	t	7
Audiologisch hulp	100%	u	7
Zorgbemiddeling bij wachtlijstproblematiek	100%	v	7
Second Opinion	100%	w	8
Artikel 4 Nazorg. Waarvoor bent u verzekerd?			8
Lidmaatschap patiëntenvereniging	Max. € 69,-		8
Artikel 5 Wat moet u weten over het eigen risico?			8
Artikel 6 Wat moet u weten over de premiebetaling?			8

Artikel 7 Tandartsverzekering. Waarvoor bent u verzekerd?			8
TandartsBasis	75% max. € 227,-	a	9
TandartsLuxe	75% max. € 454,-	b	9
Artikel 8 Begripsomschrijvingen			9

In de verschillende artikelen worden voorwaarden en bijzonderheden voor vergoeding vermeld.

SPECIFIEKE VOORWAARDEN OHRA ZORGBEWUSTPLAN PLUSPLAN

Geldig vanaf 1 januari 2002

Deze specifieke voorwaarden vormen samen met de voorwaarden van de aanvullende Tandartsverzekering (indien meeverzekerd), de Algemene Voorwaarden Ziektekostenverzekeringen, de voorwaarden 'Persoonlijke hulpverlening' en de AWBZ één geheel. De Algemene Voorwaarden Ziektekostenverzekeringen gelden, tenzij hiervan in de specifieke voorwaarden of in een collectief contract dat voor u van toepassing is wordt afgeweken. Bepaalde begrippen worden in het slotartikel van deze voorwaarden en van de Algemene Voorwaarden Ziektekostenverzekeringen apart uitgelegd. Deze begrippen zijn één keer per artikel vetgedrukt.

TIPS

Raadpleeg de Servicegids OHRA Ziektekostenverzekeringen. Hierin vindt u informatie over uw verzekering en adviezen over het declareren van ziektekosten.

Belangrijke telefoonnummers:

	<u>Vragen over:</u>	
Relatiebeheer	Wijzigingen, premie e.d.	(026) 400 48 48
Teleserviceteam	Declaraties e.d. Kraamzorg Zorgbemiddeling Geselecteerde centra	(026) 400 99 70
Formulierenlijn	aanvraag declaratieformulieren, brochures e.d.	(026) 400 80 00

Informatie is verkrijgbaar via de internetsite van OHRA: www.ohra.nl

ARTIKEL 1

EVEN VOORAF

- a. *Specifieke voorwaarden*
In deze specifieke voorwaarden vindt u de verstrekkingen van uw ziektekostenverzekering, het PlusPlan van het OHRA ZorgBewust Plan, en –indien meeverzekerd- uw Tandartsverzekering. U kunt in deze voorwaarden lezen op welke vergoeding u recht heeft;
- b. *Leeswijzer*
U kunt eenvoudig nagaan waar bepaalde verstrekkingen zijn vermeld. De verstrekkingen zijn gerubriceerd naar:
- Preventie;
 - Medische behandelingen;
 - Nazorg;
 - Verstrekkingen bij de tandartsverzekering.

Als voor bepaalde verstrekkingen voorwaarden en/of bijzonderheden gelden, worden deze aangegeven. Daarnaast treft u in deze voorwaarden kaders aan. Hierin worden u Tips, Voorbeelden en Meer informatie gegeven, en ook wordt in de kaders Let op voor sommige zaken uw speciale aandacht gevraagd;

- c. *Vergoeding kosten*
Er bestaat niet zomaar recht op vergoeding van medische kosten. Zo moet er, behalve bij enkele preventieve behandelingen, altijd een **medische noodzaak** zijn. Ook moeten de **hulpverleners** en instellingen voor zover mogelijk de juiste tarieven - dat zijn tarieven die door de overheid zijn goedgekeurd - in rekening brengen. Als voor een bepaalde verstrekking vooraf toestemming van **OHRA** nodig is, staat dit in het artikel;
- d. *Eigen risico*
Bij de in deze voorwaarden genoemde vergoedingen (al dan niet volledig) moet u rekening houden met een aftrek door uw eigen risicobedrag;
- e. *Hulpverleners en instellingen*
OHRA heeft met een aantal hulpverleners en instellingen zorgcontracten afgesloten, zodat u verzekerd bent van kwalitatief optimale zorg en/of kortere wachtlijsten. Voor de adressen van de door OHRA gecontracteerde hulpverleners en/of instellingen kunt u contact opnemen met het Teleserviceteam.

ARTIKEL 2

PREVENTIE. WAARVOOR BENT U VERZEKERD?

De **verzekerde** heeft recht op vergoeding van de volgende preventieve verstrekkingen. Als geen maximale vergoeding in procenten of euro's is vermeld, geldt een volledige vergoeding.

- a. *Op sportief en actief gebied*
1. 20 % Korting op contributie fitnesscursus bij lidmaatschap van één van de door **OHRA** geselecteerde centra;
 2. Advies bij sportblessures (maximaal 2 keer per kalenderjaar) door **sportartsen** die werkzaam zijn bij één van de door OHRA geselecteerde centra;
 3. Maximaal € 46,- (1 keer per 2 kalenderjaren) voor een sportmedisch onderzoek als dit plaatsvindt in één van de door OHRA geselecteerde centra;
- b. *Inentingen en immunisatie*
1. Hepatitis B-immunisatie in verband met besmettingsgevaar binnen het gezins- of duurzame samenlevingsverband;

2. Immunisatie in verband met zwangerschap;
 3. Inenting van pasgeborenen tegen hepatitis B als de moeder draagster is van het virus;
 4. Anti-griepinjecties;
 5. 75% Van de kosten van inentingen die de **huisarts** en/of reisorganisatie adviseren bij een vakantiereis naar een land met een verhoogd risico op een ziekte;
- c. *Onderzoeken*
1. Mammografie;
 2. Baarmoederhalsuitstrijkje;
 3. Onderzoek van hart en bloedvaten (maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren);
 4. Prostaatonderzoek voor mannen ouder dan 45 jaar (maximaal 1 keer per 2 kalenderjaren);
- d. *Gezondheidsbevordering*
- 25% Korting op door OHRA gecontracteerde preventieve cursussen gericht op bijvoorbeeld stoppen met roken en gewichtscontrole.

MEER INFORMATIE

Voor de adressen van de door OHRA geselecteerde centra, cursussen en **hulpverleners** kunt u contact opnemen met het Teleserviceteam.

ARTIKEL 3

MEDISCHE BEHANDELINGEN. WAARVOOR BENT U VERZEKERD?

- a. *Huisarts*
- Bij hulp door de **huisarts** heeft de **verzekerde** recht op vergoeding van het honorarium van de huisarts en van eventuele andere kosten volgens **CTG**-tarieven;
- b. *Tandheelkunde*
1. *Voor verzekerden jonger dan 18 jaar*
Deze verzekerden hebben bij behandeling door een **tandarts, mondhygiënist** of bij een dienst voor jeugdtandverzorging recht op vergoeding van 75% van de kosten tot een maximum van € 227,- per verzekerde per kalenderjaar;
 2. *Voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap*
Als door een lichamenlijk of verstandelijke handicap een langere dan de gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling nodig is, hebben deze verzekerden bij behandeling door een tandarts of mondhygiënist recht op een vergoeding op basis van 75% van het uurtarief dat het CTG voor de behandeling heeft vastgesteld.
Voorwaarden:
 - **OHRA** moet vooraf schriftelijk toestemming verlenen voor de behandeling;
 - Deze vergoeding geldt alleen als de betreffende verzekerde geen recht heeft op tandheelkundige verstrekkingen van de **AWBZ**;

3. *Voor verzekerden met een tandheelkundige afwijking*
De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Hiervan is sprake als een lichamelijke aandoening of een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel;
Voorwaarden:
 - OHRA moet vooraf schriftelijk toestemming verlenen voor de behandeling;
 - Om in aanmerking te komen voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen moet voldaan worden aan de voorwaarden zoals deze zijn opgenomen in de brochure over tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Deze brochure is op aanvraag verkrijgbaar bij het TeleserviceTeam;
 - De behandeling moet plaatsvinden in een **centrum voor tandheelkundige hulp**;
 - De behandeling moet een benadering in teamverband vereisen en/of een bijzondere deskundigheid;

TIP

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder bestaat de mogelijkheid na beoordeling door OHRA een Tandartsverzekering af te sluiten. De Tandartsverzekering biedt twee verschillende pakketten, de TandartsBasis en de TandartsLuxe. Wilt u informatie over de Tandartsverzekering, neemt u dan contact op met de afdeling Relatiebeheer.

- c. *Poliklinische specialistische hulp*
- Bij poliklinische **specialistische hulp** heeft de verzekerde recht op vergoeding van:
1. het honorarium van de **specialist**;
 2. de bijkomende kosten in een **ziekenhuis** of een door OHRA gecontracteerd en overheidserkend zelfstandig behandelcentrum;
- d. *Opname*
1. *Bij opname in een ziekenhuis in Nederland*
De verzekerde heeft recht op vergoeding van:
 - de kosten van verpleging volgens het tarief van de ziekenhuisklasse 3;
 - de kosten van specialistische hulp;
 - de bijkomende kosten;*Bijzonderheid:*
 - de verpleegkosten van een kind jonger dan 3 maanden worden ook vergoed als het kind vanwege borstvoeding in een ziekenhuis moet verblijven omdat de moeder daar is opgenomen;
 2. *Bij opname in het Nederlands Astmacentrum in Davos*
De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van behandeling;
Voorwaarden:
 - Optimale behandeling is volgens de medisch adviseur van OHRA in Nederland niet mogelijk;

- Behandeling in Davos moet een meerwaarde hebben en moet doelmatig zijn;
- OHRA moet vooraf schriftelijk toestemming verlenen;

e. *Dagverpleging*

Bij dagverpleging in een ziekenhuis of een door OHRA geselecteerd en overheidserkend **zelfstandig behandelcentrum** in verband met specialistische behandeling of onderzoek heeft de verzekerde recht op vergoeding van:

1. de kosten van het verblijf;
2. de bijkomende kosten;
3. het honorarium van de specialist;

f. *Transplantatie*

Bij transplantatie van organen of weefsel worden naast de kosten van **opname** (zie lid d.) vergoed:

1. De kosten die NTS (Ned. Transplantatie Stichting) in verband met de transplantatie declareert;
2. De kosten van behandeling en verpleging van de donor op basis van ziekenhuisklasse 3;
3. De kosten van medische behandeling van de donor tot 3 maanden na ontslag uit het ziekenhuis waarin deze in verband met de transplantatie was opgenomen. De medische behandeling moet dan wel verband houden met de transplantatie;

g. *Nierdialyse*

OHRA vergoedt de kosten van nierdialyse in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) en bij de verzekerde thuis. Bij thuisdialyse worden ook bepaalde niet-medische kosten vergoed volgens de regeling hiervoor die door Zorgverzekeraars Nederland is aanbevolen;

Voorwaarde:

Voor de niet-medische kosten moet OHRA vooraf schriftelijk toestemming verlenen;

h. *Ziekenvervoer*

1. De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van ziekenvervoer per ambulance of, als noodzakelijk, per helikopter bij opname in of ontslag uit het ziekenhuis;
2. De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van ziekenvervoer per taxi bij:
 - opname in of ontslag uit het ziekenhuis;
 - **revalidatie**(dag)behandeling;
 - dagverpleging;
 - poliklinische specialistische hulp;

Bijzonderheid:

Als de **medische noodzaak** voor vervoer per taxi is aangetoond kan de verzekerde ook vergoeding krijgen van kosten van eigen vervoer. De vergoeding bedraagt dan € 0,23 per kilometer. De kosten van openbaar vervoer komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Bij taxivervoer en eigen vervoer geldt per kalenderjaar een eigen bijdrage. Dit bedraagt € 90,- als er meerdere personen op de polis staan en € 45,- als er één verzekerde op de polis staat. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het berekenen van een eventueel eigen risico;

Voorwaarde:

De medische noodzaak voor vervoer per taxi ligt ter beoordeling bij de medisch adviseur van OHRA;

LET OP!

Bij het declareren van taxivervoer dient u naast de nota's van het taxivervoer, ook de afsprakenkaart bij de specialist en de medische verklaring voor taxivervoer mee te zenden.

i. *Orthodontie*

1. *Voor verzekerden jonger dan 18 jaar*

Deze verzekerden hebben bij orthodontische behandeling door een tandarts of **orthodontist** recht op vergoeding van kosten tot een bedrag van maximaal € 1.816,- voor de gehele duur van de verzekering;

2. *Bij kaakorthopedische behandeling*

De verzekerde heeft bij behandeling door een orthodontist recht op vergoeding van kosten van kaakorthopedische behandeling.

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip-, kaak- en/of verhemeltespleet;
- De huisarts of uw tandarts moet verwijzen naar de orthodontist;

LET OP!

Alle **orthodontie-** en tandartskosten die u declareert tellen mee voor het bereiken van de maximale vergoeding. Ook als de kosten (of een deel ervan) niet vergoed worden omdat deze onder het eigen risico vallen.

j. *Bevalling (indien de moeder is meeverzekerd)*

Bij bevalling heeft de verzekerde recht op vergoeding van:

- het honorarium van de verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door een specialist, huisarts of **verloskundige**;
- de kosten van de verloskamer;
- de kosten zoals omschreven bij opname (zie lid d.) bij een klinische bevalling;

k. *Kraamzorg (indien de moeder is meeverzekerd)*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kraamzorg binnen een periode van 8 dagen na de bevalling (inclusief bevallingsdatum) dat geen ziekenhuisopnamedag in rekening wordt gebracht. De verzekerde kan kiezen uit:

1. *Kraamzorg in natura*

Deze kan voorzover mogelijk georganiseerd worden door de OHRA. Om OHRA in de gelegenheid te stellen de kraamzorg te regelen, moet de verzekerde deze minimaal 5 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum bij het Teleserviceteam aanvragen;

MEER INFORMATIE

Informatie over de kraamzorg in natura en een aanvraagformulier hiervoor kunt u bij het teleserviceteam aanvragen.

2. Zelf kraamzorg regelen

De verzekerde kan zelf kraamzorg regelen bij een erkende kraamzorginstelling. De vergoeding is volgens CTG-tarief inclusief bevallingsassistentie voor maximaal 48 uur;

3. Een geldelijke vergoeding

Een geldelijke vergoeding van € 114,- per dag voor maximaal 8 dagen.

Bijzonderheden:

- Als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis, wordt voor elke opnamedag één dag kraamzorg minder vergoed. Dit betekent per opnamedag voor kraamzorg in natura en zelf geregelde kraamzorg 6 uur en bij de geldelijke vergoeding € 114,- minder vergoeding;

VOORBEELD

Binnen de periode van 8 dagen na de bevalling – inclusief bevallingsdatum dus – brengt een ziekenhuis 2 opnamedagen in rekening. Dan bedraagt de maximale vergoeding voor kraamzorg € 684,-. Dat is de maximale vergoeding van € 912,- verminderd met € 228,- (= 2 x € 114,-).

- Bij de vergoeding van kraamzorg wordt geen eigen risico ingehouden;

i. Fysiotherapie en oefentherapie

1. De verzekerde heeft recht op vergoeding van maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar door een:

- **fysiotherapeut**,
- **oefentherapeut Cesar of Mensendieck**,
- **manueel therapeut** of door een:
- kinderfysiotherapeut;

Voorwaarde:

De behandeling moet plaatsvinden op verwijzing van de huisarts of een specialist;

2. De verzekerde heeft recht op uitbreiding van de onder sub 1. genoemde vergoeding.

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van een chronische indicatie die voorkomt op de Lijst van Aandoeningen zoals deze is opgenomen in de regeling over fysiotherapie van Zorgverzekeraars Nederland. Deze regeling is op aanvraag verkrijgbaar bij het Teleserviceteam;
- U moet een verklaring van de behandelend arts overleggen waaruit blijkt dat sprake is van een chronische indicatie;

m. Ergotherapie, logopedie, foniatrie en orthoptie

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van consult en/of behandeling door een

- **ergotherapeut**;

- **logopedist**;

Bijzonderheid:

De behandeling door een logopedist van dyslexie en taalontwikkelingsstoornissen als sprake is van dialect of anderstaligheid komt niet voor vergoeding in aanmerking.

- **foniatrist**;

- **orthoptist**.

Voorwaarde:

Het consult of de behandeling moet plaatsvinden op verwijzing van de huisarts of een specialist;

n. Revalidatie

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van:

1. Klinische revalidatie

Voorwaarde:

OHRA moet vooraf toestemming verlenen door middel van een machtiging;

2. Poliklinische revalidatie;

o. Alternatieve geneeswijzen

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van alternatieve geneeswijzen, waaronder ook proktologie, orthomanele geneeskunde en flebologie verstaan worden, toegepast door een arts.

Ook de kosten van de hierna genoemde alternatieve geneeswijzen toegepast door een therapeut die is aangesloten bij een beroepsgroep die volgens OHRA gestelde kwaliteitsnormen en tarieven handelt, komen voor vergoeding in aanmerking:

- Natuurgeneeskundige hulp;
- Acupunctuur;
- Homeopathie;
- Podotherapie;
- Chiropractie;
- Podo-orthesiologie;
- Manuele therapie (anders dan bij lid l. genoemd);
- Lymfedrainage bij lymfoedeem.

De vergoeding voor een consult/behandeling bedraagt ongeacht de duur en de aard ervan maximaal € 23,- per dag. Bij proktologie en flebologie worden consulten/behandelingen door een specialist in een ziekenhuis volledig vergoed.

Er geldt voor alle consulten/behandelingen samen een maximale vergoeding van € 454,- per verzekerde per kalenderjaar;

MEER INFORMATIE

Voor meer informatie over de vergoeding van alternatieve geneeswijzen kunt u contact opnemen met het Teleserviceteam.

p. Farmaceutische hulp

1. De verzekerde heeft recht op vergoeding van geneesmiddelen volgens de geldende regeling over farmaceutische hulp zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is aanbevolen. Deze regeling is op aanvraag verkrijgbaar bij het Teleserviceteam;

LET OP

In de regeling over farmaceutische hulp is onder meer opgenomen dat een arts, tandarts, specialist of verloskundige de geneesmiddelen moet voorschrijven. De geneesmiddelen moeten geleverd worden door een Nederlandse apotheek of apotheekhoudend huisarts.

2. De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van dieetpreparaten volgens de geldende regeling over dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is aanbevolen. Deze regeling is op aanvraag verkrijgbaar bij het TeleserviceTeam.

Voorwaarde:

OHRA moet op basis van uw schriftelijke aanvraag vooraf schriftelijk toestemming verlenen;

LET OP

In de regeling over dieetpreparaten is onder meer opgenomen dat een arts het dieetpreparaat moet voorschrijven.

3. De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van verbandmiddelen;
Voorwaarde:
Er moet sprake zijn van een ernstige aandoening waarbij een langdurige behandeling met verbandmiddelen noodzakelijk is. Dit wordt beoordeeld door de medisch adviseur van OHRA;

q. Alternatieve middelen

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van volgens de **Z-index** geregistreerde alternatieve middelen tot maximaal € 227,- per verzekerde per kalenderjaar;

Voorwaarden:

- Een arts moet de middelen voorschrijven;
- Een Nederlandse apotheek of apotheekhoudend huisarts moet de middelen leveren;
- De middelen moeten geacht worden niet te voorzien in dagelijkse behoeften.
Voedingsmiddelen en versterkende middelen, zoals bijvoorbeeld vitaminepreparaten, komen niet voor vergoeding in aanmerking;

r. Hulpmiddelen

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen volgens de OHRA regeling Hulpmiddelen. Deze regeling is op aanvraag verkrijgbaar bij het Teleserviceteam.

Voorwaarden:

- OHRA moet voor een aantal medische hulpmiddelen vooraf schriftelijk toestemming verlenen;
- De hulpmiddelen mogen niet onnodig kostbaar of gecompliceerd zijn;
- De kosten van normaal gebruik zijn voor uw rekening tenzij in de regeling over hulpmiddelen anders is bepaald;
- Voor een aantal medische hulpmiddelen heeft OHRA contracten met leveranciers afgesloten;

MEER INFORMATIE

Voor de adressen van de door OHRA geselecteerde leveranciers kunt u contact opnemen met het Teleserviceteam.

s. Fertiliteitsbevorderende behandelingen

1. De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van operatieve ingrepen die samenhangen met fertiliteitsbevorderende behandelingen, hormoonbehandeling (anders dan bij in-vitro-fertilisatiebehandelingen) en van kunstmatige inseminatie;

Voorwaarde:

De behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis;

2. De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van een in-vitro-fertilisatie-behandeling. Maximaal 3 ivf-pogingen per vrouwelijke verzekerde komen voor vergoeding in aanmerking. Per poging geldt een eigen bijdrage van € 364,-. Deze eigen bijdrage telt niet mee voor het berekenen van een eventueel eigen risico;

Voorwaarden:

- Er moet sprake zijn van een alom geaccepteerde medische indicatie;
- De behandeling moet plaatsvinden in een vergunninghoudend ziekenhuis;

Bijzonderheid:

Een ivf-behandeling na het ongedaan maken van een sterilisatie van vrouw en/of partner komt niet voor vergoeding in aanmerking;

t. Erfelijkheidsonderzoek

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van hulp in een **centrum voor erfelijkheidsonderzoek**.

De hulp omvat:

- Onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek;
- Chromosoomonderzoek;
- Biochemische diagnostiek en DNA-onderzoek;
- Erfelijkheidsadvies en de met deze hulp verband houdende psycho-sociale begeleiding;
- Geavanceerd ultra geluidsonderzoek.

Bijzonderheid:

Als voor het advies aan een verzekerde onderzoek bij andere personen noodzakelijk is, vergoedt OHRA ook de kosten van dit onderzoek. Aan deze andere personen kan dan ook advisering plaatsvinden;

u. Hulp door een audiologisch centrum

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten van **audiologische hulp** door een, daartoe door een bevoegde overheidsinstantie toegelaten, audiologisch centrum;

Voorwaarde:

Verwijzing door een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts;

v. Zorgbemiddeling bij wachtlijstproblematiek

Als een medische behandeling niet binnen een redelijke termijn kan plaatsvinden vanwege een wachtlijst dan onderzoekt het Teleserviceteam op verzoek in hoeverre toch eerdere behandeling mogelijk is;

w. *Second opinion*

De verzekerde heeft recht op vergoeding van kosten voor het raadplegen van een andere specialist in een Nederlands ziekenhuis als de behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling voorstelt.

ARTIKEL 4

NAZORG. WAARVOOR BENT U VERZEKERD?

Lidmaatschap patiëntenvereniging

De **verzekerde** heeft recht op vergoeding van de kosten van contributie van patiëntenverenigingen die activiteiten ontplooiën en adviseren met betrekking tot een specifieke ziekte.

De vergoeding bedraagt maximaal € 69,- voor de hele verzekeringsduur.

ARTIKEL 5

WAT MOET U WETEN OVER HET EIGEN RISICO?

a. *Hoogte eigen risico*

Op de verzekering is per kalenderjaar een eigen risico van toepassing. Dit bedraagt minimaal € 112,- per gezin. Er kan eventueel gekozen worden voor een ander eigen risico. **U** heeft dan de keuze uit:

1. Een eigen risico van € 272,- per gezin;
2. Een eigen risico van € 544,- per gezin;
3. Een eigen risico van € 1.088,- per gezin;

Bijzonderheden:

- Als één **verzekerde** op het polisblad is vermeld, geldt maar de helft van genoemde eigen-risicobedragen;
- Het eigen risico geldt niet voor de aanvullende Tandartsverzekering;

b. *Voor wie geldt het eigen risico?*

Het eigen risico geldt voor alle op de polis vermelde verzekerden tezamen en per kalenderjaar. Wordt in de loop van een jaar de verzekering van één van de verzekerden beëindigd of een gezinslid meeverzekerd en zou hierdoor een wijziging in het eigen-risicobedrag plaatsvinden, dan wordt het eigen-risicobedrag op 1 januari daaropvolgend aangepast;

c. *Eigen risico bij aangaan en beëindiging verzekering*

Het eigen-risicobedrag wordt vastgesteld per 1 januari van enig jaar. Als u een verzekering afsluit in de loop van een jaar wordt voor elke maand tussen 1 januari en afsluitdatum een evenredige vermindering van het eigen-risicobedrag toegepast. Bij een tussentijdse beëindiging van de verzekering gebeurt dit niet. Bij overgang in de loop van een jaar van deze verzekering naar een andere verzekering bij **OHRA** wordt het eigen-risicobedrag evenredig vastgesteld;

d. *Verlagen eigen risico*

Als u het eigen risico wilt verlagen is dat slechts mogelijk na een medische selectie. Een eenmalige verlaging zonder medische selectie is mogelijk als de oudste op de polis vermelde verzekerde de leeftijd van 40 jaren nog niet heeft bereikt;

e. *Wanneer geldt een eigen risico?*

Voor het bereiken van het eigen-risicobedrag tellen uitsluitend de ziektekosten mee die op grond van de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen. De maximale vergoedingen zoals bij tandheelkunde, **orthodontie** en alternatieve geneeswijzen, tellen mee voor het bereiken van het eigen-risicobedrag. Voor inhouding van het eigen-risicobedrag is de behandel- of leveringsdatum bepalend;

f. *Verrekening eigen risico*

OHRA heeft het recht het voorgeschoten eigen-risicobedrag net als de premie automatisch te incasseren.

ARTIKEL 6

WAT MOET U WETEN OVER DE PREMIEBETALING?

a. *Premie voor kinderen*

1. Voor kinderen die meeverzekerd zijn op de polis van hun ouder(s) wordt de premie aangepast op de dag dat zij de leeftijd van 18 jaar bereiken;
2. **U** betaalt alleen premie voor de 2 oudste meeverzekerde kinderen. Wel moet u voor alle **verzekerden** de wettelijke bijdragen betalen;

b. *Premieaanpassing tot en met 45 jarige leeftijd*

Voor volwassenen vanaf 30 jaar wordt de premie iedere 5 jaar aangepast totdat de leeftijdsgroep vanaf 45 jaar is bereikt;

c. *Premietoeslag bij leeftijd 50 jaar en ouder bij afsluiten*

Als de (mee)verzekerde bij het afsluiten van de verzekering 50 jaar of ouder is, kan **OHRA** een premietoeslag in rekening brengen;

d. *Belasting betalen over de premie*

Indien en voor zover **OHRA** gehouden is BTW dan wel enige andere vorm van belasting te betalen over de premies die worden ontvangen voor verzekeringen, dan zal **OHRA** deze bij u extra in rekening brengen.

ARTIKEL 7

TANDARTSVERZEKERING. WAARVOOR BENT U VERZEKERD? (Indien meeverzekerd)

Verzekerden van 18 jaar en ouder hebben recht op vergoeding van kosten voor alle tandheelkundige behandelingen door een **tandarts**, **tandprotheticus** of **mondhygiënist**. De vergoeding bedraagt bij:

- a. **TandartsBasis**
75% van de kosten tot een maximum van € 227,- per verzekerde per kalenderjaar;
- b. **TandartsLuxe**
75% van de kosten tot een maximum van € 454,- per verzekerde per kalenderjaar.

Bijzonderheid geldend voor lid a. en lid b.:

Kosten van orthodontische behandelingen komen via deze tandartsverzekering niet voor vergoeding in aanmerking. De vergoeding van de kosten van orthodontische behandeling staan vermeld onder het kopje "Orthodontie".

Bijzonderheid geldend voor lid b.:

Ook tandartskosten die verband houden met het inbrengen van implantaten vallen hieronder. Dit in tegenstelling tot het gestelde in artikel 4 lid g.4. van de Algemene Voorwaarden Ziektekostenverzekeringen.

ARTIKEL 8

BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

In het slotartikel van de Algemene Voorwaarden Ziektekostenverzekeringen staan de volgende, ter zake doende begrippen omschreven:

- **arts(en);**
- **AWBZ;**
- **CTG;**
- **huisarts(en);**
- **hulpverlener(s);**
- **medische noodzaak;**
- **OHRA;**
- **opname;**
- **specialist(en);**
- **specialistische hulp;**
- **u(w)/verzekeringnemer;**
- **verzekerde(n);**
- **ziekenhuis.**

Hierna een omschrijving van verschillende begrippen die u in deze specifieke voorwaarden tegenkomt. Als deze begrippen in de artikelen voorkomen zijn ze één keer per artikel vetgedrukt.

audiologische hulp:

het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psychosociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;

centrum voor erfelijkheidsonderzoek:

een in Nederland gelegen instelling die een vergunning van de overheid heeft voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering;

centrum voor tandheelkundige hulp:

als zodanig (voorlopig) toegelaten universitair of daarmee gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, waarbij de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist;

ergotherapeut:

zie **hulpverlener(s)**;

foniatriest:

een in Nederland gevestigde foniatriest die patiënten medisch behandelt voor verbetering van de stemvorming;

fysiotherapeut:

zie **hulpverlener(s)**;

logopedist:

zie **hulpverlener(s)**;

manueel therapeut:

een in Nederland gevestigde **fysiotherapeut** die als manueel therapeut geregistreerd staat in het register van de Nederlandse Vereniging van Manuele Therapie (NVMT);

mondhygiënist:

zie **hulpverlener(s)**;

oefentherapeut(en) Cesar/oefentherapeut(en)

Mensendieck:

zie **hulpverlener(s)**;

orthodontie:

kaakorthopedische behandeling met inbegrip van gebitsregulatie en daarvoor aangebrachte kaakorthopedische beugels;

orthodontist:

zie **hulpverlener(s)**;

orthoptie:

orthoptische behandeling door een in Nederland gevestigde **orthoptist** die voldoet aan de eisen als vermeld in het Besluit diëtist, **ergotherapeut**, **logopedist**, **mondhygiënist**, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut;

orthoptist:

zie **hulpverlener(s)**;

revalidatie:

onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze hulp wordt verleend door een aan een daarvoor door de bevoegde overheidsinstantie toegelaten instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een revalidatiearts;

tandarts:

zie **hulpverlener(s)**;

tandprotheticus:

zie **hulpverlener(s)**;

verloskundige:

zie **hulpverlener(s)**;

zelfstandig behandelcentrum:

een inrichting voor (bepaalde) behandelingen die door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten (privékliniek). De, erkende, behandelingen moeten conform CTG tarieven gedeclareerd worden;

Z-index:

Registratielijst van geneesmiddelen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. KNMP is tot registratie van medicijnen gemachtigd door de overheid.

BELANGRIJK!

Op deze verzekering zijn ook de Algemene Voorwaarden Ziektekostenverzekeringen van toepassing.