

Deel B

Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Topfit 2009

Indien aanspraken bestaan op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de ONVZ Vrije Keuze Topfit een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde kosten van behandelingen door zorgverleners en andere genoemde kosten volgens wettelijke of marktconforme bedragen. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

Artikel 1 Verloskundige zorg en kraamzorg

Voor vrouwelijke verzekerden geldt naast de vergoeding uit hoofde van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- lid 1 Bij bevalling in een ziekenhuis, in een kraaminrichting, polikliniek of thuis: een uitkering ten behoeve van kraamzorg van € 455,-.
- lid 2 De aanstaande moeder heeft recht op een kraampakket (zie Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Topfit).
- lid 3 Vergoed worden de kosten van een lactatiekundige.

Artikel 2 Paramedische zorg en sportarts

Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

- lid 1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie
De kosten van zorg verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar.

De kosten van de onderstaande behandelingen worden vergoed tot een gezamenlijk maximum van € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar, mits voorgeschreven door de behandelend huisarts of specialist:

- lid 2 Orthoptische zorg
De zorg verleend door een orthoptist.
- lid 3 Chiropractie
De zorg verleend door een chiropractor.
- lid 4 Osteopathie
De zorg verleend door een osteopaat.
- lid 5 Sportarts
De behandelingen verricht door een sportarts.

Artikel 3 Psychologische zorg

De kosten van eerstelijns psychologische zorg door een gezondheidszorgpsycholoog, eerstelijnspsycholoog, klinisch psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog of orthopedagoog-generalist, na verwijzing van de behandelend arts tot maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar. De eigen bijdragen op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor de verstrekking van eerstelijns psychologische zorg komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 4 Farmaceutische zorg

- lid 1 De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed tot een maximum van € 4.540,- per verzekerde per kalenderjaar:
- zelfzorggeneesmiddelen;
 - de kosten van geregistreerde geneesmiddelen, welke niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
 - de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van het Reglement Farmaceutische zorg van de zorgverzekeraar;
 - de kosten van verbandmiddelen, die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende zorg.
- lid 2 Er bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten van:
- de middelen die geregistreerd staan als Niet-geneesmiddel;
 - homeopathische of antroposofische geneesmiddelen. Zie daarvoor de dekking zoals omschreven in artikel 5 lid 3.

Artikel 5 Alternatieve geneeswijzen

- lid 1 De kosten van het consulteren van of behandeling door een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder arts acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar, maximaal € 85,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag.
- lid 2 De kosten van het consulteren van of behandeling door een behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, waaronder acupuncturist. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar, maximaal € 65,- per consult/behandeling met een maximum van één consult/behandeling per dag.
- lid 3 De kosten van homeopathische of antroposofische geneesmiddelen tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar, mits door de behandelend arts of behandelaar voorgeschreven en door een apotheek of apotheekhoudende huisarts geleverd.

Artikel 6 Vaccinaties

Vergoed worden de kosten van vaccinaties wegens verblijf in het buitenland.

Artikel 7 Eigen bijdragen hulpmiddelen

Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde verschuldigd is op basis van het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar. Het Reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.onvz.nl.

Artikel 8 Overige hulpmiddelen

- lid 1 Brillenglazen/Contactlenzen
De kosten van versterkende/corrigerende brillenglazen of versterkende/corrigerende contactlenzen tot een maximum van € 300,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 2 Bewakingsapparatuur wiegendood
De kosten van huur van bewakingsapparatuur.
- lid 3 Rolstoelen/Invalidenwagens
De kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens.
- lid 4 Steunzolen
De kosten van aanschaf van steunzolen. Levering dient te geschieden door een orthopedisch schoentechnicus die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentechnici.
- lid 5 Verpleegartikelen
De kosten van huur van verpleegartikelen.
- lid 6 Wekapparaten
De kosten van huur of aanschaf van een plaswekker (inclusief bandages).

Artikel 9 Ziekenvervoer

De kosten van ziekenvervoer binnen Nederland worden vergoed voor zover het ziekenvervoer plaatsvindt ten behoeve van een behandeling waarop aanspraak bestaat op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering).

De volgende kosten worden vergoed:

1. de eigen bijdrage voor de verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering);
2. tot maximaal € 0,28 per gereden kilometer bij gebruik van de auto;
3. taxivervoer.

Artikel 10 Mondzorg

- lid 1 Vergoed worden de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder worden de kosten van behandeling vergoed tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar.
- lid 2 Vergoed worden de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten) voor verzekerden tot 18 jaar verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen kan de zorg ook worden verleend door een erkend tandprotheticus).
- lid 3 De kosten van het bleken van elementen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 11 Bijzondere behandelingen

- lid 1 Acné-behandeling
De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e) voor verzekerden tot 21 jaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend huidarts. Vergoeding vindt alleen plaats indien de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 2 Camouflagetherapie
De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en de voor de therapie te gebruiken cosmetische producten.
- lid 3 Elektrische epilatie of laserbehandeling
De kosten van elektrische epilatie of laserbehandeling, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat tot maximaal € 1.500,- per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Vergoeding vindt alleen plaats indien de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- lid 4 Lymfedrainage
De kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem.
- lid 5 Podotherapie
De kosten van behandeling door een podotherapeut of podoloog. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen, en orthonyxie.
- lid 6 Psoriasisdagbehandeling
De kosten van behandeling in één van de erkende psoriasisdagbehandelingscentra.
- lid 7 Stottertherapie
Vergoed worden de kosten van stottertherapie.
- lid 8 Sterilisatie/Refertilisatie
De kosten verbonden aan deze ingreep en de kosten verbonden aan het ongedaan maken van een sterilisatie.
- lid 9 Plastische chirurgie
- De kosten van het corrigeren van standsafwijkingen van de oren voor kinderen tot 16 jaar worden volledig vergoed
- De kosten van plastische en reconstructieve chirurgie worden vergoed indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- lid 10 Beweegprogramma's
Vergoed worden de kosten van:
- de door KNGF erkende beweegprogramma's gericht op genezing en herstel, ter preventie voor verdere klachten of bevordering van de gezondheid bij chronische ziekte, mits voorgeschreven door de behandelend arts.
- het revalidatieprogramma Herstel & Balans, gericht op het verminderen van en het leren omgaan met (rest)klachten voor mensen met kanker, mits uitgevoerd door een instelling met een licentie van de stichting Herstel & Balans en voorgeschreven door de behandelend arts.
- lid 11 Preventief medisch onderzoek
De kosten van preventief medisch onderzoek worden vergoed tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. Uitsluitend zijn echter de kosten van een binnen een bepaald verband georganiseerd onderzoek, bijvoorbeeld door een werkgever.
- lid 12 Pedicure bij diabetes mellitus
Vergoed worden de kosten van voetverzorging voor diabetici door een pedicure.

- lid 13 IVF
Vergoed worden de kosten van in vitro fertilisatiebehandelingen in een ziekenhuis.
- lid 14 Overgangsconsulent(e)
Vergoed worden de kosten van voorlichting, advies en zorg gedurende de menopauze gegeven door een overgangsconsulent(e) aangesloten bij Care for Women.
- lid 15 Ergotherapie
Vergoed worden de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut.
- lid 16 Diëtist(e)
Vergoed worden de kosten van voorlichting en advisering op het terrein van voeding en eetgewoonten door een diëtist.

Artikel 12 Verblijfkosten

- lid 1 Verblijf Ronald McDonald- of familiehuis
Vergoed wordt de verschuldigde eigen bijdrage voor verblijf in een Ronald McDonalddhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeershuis, in geval van een behandeling van een meeverzekerd kind.
- lid 2 Verblijf gezinslid
De verzekeraar vergoedt de kosten van verblijf van een gezinslid van de verzekerde in een aan het ziekenhuis verbonden logeershuis gedurende de periode van opname van de verzekerde in het ziekenhuis vanwege een behandeling.
- lid 3 Verblijf in een hospice
De verzekeraar vergoedt de kosten van verblijf in een hospice of bijna-thuis-huis. Het verblijf moet geïndiceerd zijn door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de huisarts of de behandelend medisch specialist. Vergoed wordt maximaal € 25,- per dag van de eigen bijdrage, gedurende maximaal 3 maanden.
- lid 4 Herstellingsoord
De kosten van verblijf in een herstellingsoord worden uitsluitend na voorafgaande toestemming door de verzekeraar vergoed.
- lid 5 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren
Vergoed wordt de verschuldigde eigen bijdrage.

Artikel 13 Huishoudelijke hulp in natura

Bij ontslag uit een ziekenhuis, na een opnameduur van minimaal 6 dagen, bestaat voor de verzekerde van 18 jaar en ouder recht op huishoudelijke hulp gedurende maximaal 6 weken. Deze hulp wordt geleverd door een door de verzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie, onder voorbehoud van beschikbaarheid.

De hulp moet direct aansluiten op de ziekenhuisopname. Om in aanmerking te komen voor de huishoudelijke hulp moet zo spoedig mogelijk, uiterlijk op de dag van ontslag, een aanvraag worden gedaan bij het ONVZ ZorgServicebureau.

Nadere informatie over huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis wordt omschreven in Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Topfit.

De huishoudelijke hulp maakt onderdeel uit van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De verzekerde moet eerst zijn/haar aanspraak krachtens de WMO geldend maken, voordat een aanspraak uit hoofde van dit artikel mogelijk is.

Artikel 14 Vervangende mantelzorg

De kosten van vervangende mantelzorg bij vakantie van de mantelzorger(s) van een gehandicapte of chronisch zieke verzekerde gedurende maximaal 16 dagen per verzekerde per kalenderjaar. Deze zorg moet worden geleverd door Stichting Mantelzorgvervanging Nederland "Handen-in-Huis".

Artikel 15 Kinderopvang

Bij opname in een ziekenhuis van de verzekerde ouder bestaat recht op vergoeding van de kosten van kinderopvang onder de volgende voorwaarden:

- de kinderopvang wordt verleend door een door de bevoegde gemeentelijke instantie erkende instelling;
- de vergoedingsregeling vangt aan met ingang van de vierde dag van een aaneengesloten ziekenhuisopname;
- de vergoeding bedraagt per verzekerd kind tot een leeftijd van 12 jaar maximaal € 25,- per werkdag met een maximum van 60 aaneengesloten werkdagen;

In plaats van de hier omschreven vergoeding kan onder bepaalde voorwaarden worden gekozen voor kinderopvang in natura (zie daarvoor Deel C Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Topfit).

Voor meer informatie over kinderopvang kan de verzekerde contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau.

Artikel 16 Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige zorg vergoed:

- lid 1 Onvoorziene behandelingen
Indien sprake is van een acute ziekte of ongeval tijdens verblijf in het buitenland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen:
- die op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) voor eigen rekening blijven, uitsluitend als gevolg van overschrijding van het bedrag dat voor dezelfde behandeling zou zijn vergoed als deze in Nederland zou hebben plaatsgevonden. De uitkering is in een voorkomend geval beperkt tot maximaal het in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedrag; de vergoeding uit hoofde van de Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) maakt hier onderdeel van uit;
 - die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed tot maximaal de in het betreffende land geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.
- lid 2 Voorziene behandelingen
- De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen voor medisch-specialistische zorg (niet zijnde alternatieve zorg), zoals bedoeld in artikel 4 van deel B van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering, volledig voor behandelingen ondergaan in een door de verzekeraar erkend ziekenhuis gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens. De vergoeding uit hoofde van een (bij zorgverzekeraar of elders lopende) zorgverzekering maakt hier onderdeel van uit. De lijst met deze erkende ziekenhuizen is op aanvraag verkrijgbaar of te raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.
 - De verzekeraar vergoedt de kosten van behandelingen die op grond van deze aanvullende verzekering worden vergoed, tot maximaal de in Nederland geldende/van toepassing zijnde wettelijke of marktconforme bedragen.
- lid 3 Gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.

Artikel 17 ONVZ Zorgassistance

- lid 1 Bij acute ziekte of ongeval bij tijdelijk verblijf in het buitenland dient in geval van een ziekenhuisopname contact te worden opgenomen met ONVZ Zorgassistance. Deze organisatie geeft advies over geneeskundige zorg voor rekening van de verzekeraar. ONVZ Zorgassistance is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer: 0031 (0)88 668 97 67.
- lid 2 **Meldingsplicht**
De verzekerde is verplicht, indien hulp van ONVZ Zorgassistance moet worden ingeroepen, zich zonder uitstel met haar in verbinding te stellen. Hij moet daarbij het polisnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.
- lid 3 **Medische gegevens**
De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van ONVZ Zorgassistance om de van belang zijnde gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond in geval van ziekenhuisopname en/of repatriëring te verschaffen aan de medisch adviseur van de verzekeraar.
- lid 4 **Extra dienstverlening bij tijdelijk verblijf buiten Nederland, van een verzekerde met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland, door of door bemiddeling van ONVZ Zorgassistance:**
- a. bij acute ziekte/ongeval van de verzekerde:
 - verstrekking van een garantie op een rechtstreekse betaling van de verpleeg- en/of behandelkosten aan de zorginstelling waarin de verzekerde is opgenomen;
 - noodzakelijke voorschotbetalingen;
 - toezending van noodzakelijke medicijnen als deze niet ter plaatse verkrijgbaar zijn;
 - repatriëring; in geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding;
 - vergoeding van de noodzakelijke extra verblijfkosten van de verzekerde als repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan;
 - vergoeding van de reiskosten van een eenmalig bezoek van een gezinslid bij opname van de verzekerde en indien repatriëring uit medisch oogpunt niet is toegestaan.
 - b. bij overlijden van de verzekerde vergoeding van de kosten van:
 - vervoer van het stoffelijk overschot; óf
 - begrafenis of crematie in het buitenland en de kosten van overkomst van gezinsleden tot maximaal het bedrag dat gepaard zou zijn gegaan met repatriëring van het stoffelijk overschot.
 - c. vergoeding van de kosten van opsporing en/of redding van de verzekerde tot een maximumbedrag van € 11.345,-. Dat geldt indien de verzekerde tijdens het verblijf in het buitenland in een noodsituatie belandt waardoor kosten moeten worden gemaakt vanwege opsporing en/of redding die voor rekening van de verzekerde komen.

