

Deel B

Omvang Dekking ONVZ Optifit XL Pakket

De dekking van het Optifit XL Pakket voor ziekenfonds- en (Studenten-)Standaardpakketverzekerden betreft een aanvulling op de dekking uit hoofde van de Ziekenfondswet/WTZ.

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde medische behandelingen door zorgverleners en andere genoemde medische kosten volgens officieel goedgekeurde en gangbare tarieven. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

ARTIKEL 1 BEVALLING EN KRAAMZORG

Voor vrouwelijke verzekerden geldt de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- 1.1 Bij bevalling in een ziekenhuis met medische noodzaak:
 - een uitkering ten behoeve van kraamzorg van € 230,-.
- 1.2 Bij bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, in een kraaminrichting, polikliniek of thuis:
 - de kosten van gebruik polikliniek;
 - een uitkering ten behoeve van kraamzorg van € 230,-;
 - de kosten van ziekenvervoer. Bij gebruik van eigen auto wordt in aanvulling op de vergoeding van de Ziekenfondswet een vergoeding van de kosten verleend tot maximaal € 0,28 per gereden kilometer.
- 1.3 Tevens heeft de aanstaande moeder recht op een kraampakket (zie deel C).

ARTIKEL 2 ARTS-FLEBOLOOG/PROCTOLOOG

De kosten van behandeling door een arts-fleboloog/proctoloog.

ARTIKEL 3 PARAMEDISCHE HULP

De kosten van paramedische hulp die door de behandelend huisarts of specialist is voorgeschreven. Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

- 3.1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie
De kosten van hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar. De hulp moet in de beroepsgroep algemeen aanvaard zijn. Als aanspraak gemaakt kan worden op deze hulp op grond van de Regeling fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar zoals opgenomen in de Ziekenfondswet of het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particuliere verzekering wordt vergoed, kan geen aanspraak gemaakt worden op de hieromschreven dekking.

- 3.2 Chiropractie
De hulp verleend door een chiropractor. Deze hulp moet in de betreffende beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.
- 3.3 Acupunctuur
Acupunctuurbehandelingen uitgevoerd door een arts of fysiotherapeut, die als acupuncturist gediplomeerd is, of door een acupuncturist die is aangesloten bij een erkende Nederlandse beroepsvereniging.
- 3.4 Orthoptische hulp
Orthoptische hulp verleend door een orthoptist.
- 3.5 Osteopathie
De hulp verleend door een osteopaat.
- 3.6 Overgangsconsulente
Vergoed worden de kosten van maximaal 5 behandelingen gedurende de gehele looptijd van de verzekering voor voorlichting, advies en hulp gedurende de menopauze gegeven door een overgangsconsulente aangesloten bij Care for Women. Per behandeling wordt maximaal € 50,- vergoed.

ARTIKEL 4 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Vergoed wordt de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage, zoals bepaald in de AWBZ voor de verstrekking niet-klinische psychiatrische hulp (psychotherapie).

ARTIKEL 5 PSYCHOLOGISCHE HULP

De kosten van psychologische hulp door een psycholoog of psychotherapeut tot maximaal € 2500,- per verzekerde per kalenderjaar.

ARTIKEL 6 FARMACEUTISCHE ZORG

De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een (homeopathisch) arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed:

- a. de kosten van geregistreerde medicijnen, welke niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van de Ziekenfondswet of de Regeling Farmaceutische Zorg zoals vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- b. de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen, die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van de Regeling Farmaceutische Zorg ingevolge de Ziekenfondswet of de ZN-regeling Farmaceutische Zorg;
- c. de kosten van geregistreerde homeopathische preparaten;

- d. 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 hulp.

ARTIKEL 7 ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

De kosten van het consulteren van een arts of behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, zoals bijvoorbeeld homeopathie, natuurgeneeswijzen, antroposofie, Moermantherapie en enzymtherapie.

ARTIKEL 8 VACCINATIES

De kosten van de navolgende vaccinaties wegens verblijf in het buitenland, tegen: Hepatitis A en B; DTP; Gele koorts; Typhus; Cholera; Meningococcon.

ARTIKEL 9 THUISZORG

Huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis
Bij ontslag uit een algemeen ziekenhuis na een opnameduur van langer dan 5 dagen bestaat voor elke verzekerde van 18 jaar en ouder recht op huishoudelijke hulp tot een maximum van € 205,-. De hulp wordt geleverd door thuiszorgorganisaties die zijn gecontracteerd door de verzekeraar.
De hulp moet direct aansluiten op de ziekenhuisopname en strekt zich uit over een periode van maximaal 2 weken. Om in aanmerking te komen voor de huishoudelijke hulp moet zo spoedig mogelijk, doch 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 (diensten).

De thuiszorg maakt onderdeel uit van de AWBZ. De verzekerde moet eerst zijn/haar aanspraak krachtens de AWBZ geldend maken, voordat een aanspraak uit hoofde van dit artikel mogelijk is.

ARTIKEL 10 EIGEN BIJDRAGEN HULPMIDDELEN

- 10.1 Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde is verschuldigd ingevolge de Regeling Hulpmiddelen Ziekenfondswet of zoals staat vermeld in de Regeling Hulpmiddelen van de verzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 230,- per verzekerde per kalenderjaar. De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

- 10.2 De vergoeding voor de eigen bijdrage pruiken bedraagt maximaal € 115,-.
- 10.3 Anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap) worden volledig vergoed.

ARTIKEL 11 OVERIGE HULPMIDDELEN

- 11.1 Brillenglazen/Contactlenzen
De kosten van de glazen van een bril of een stel contactlenzen, bij versterkende glazen of lenzen.
- 11.2 Bewakingsapparatuur wiegendood
De kosten van huur c.q. in bruikleengeving van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, mits op aanvraag van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- 11.3 Rolstoelen/Invalidenwagens
De kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens als het gebruik medisch noodzakelijk is. Op deze vergoeding kan geen aanspraak gemaakt worden als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- 11.4 Steunzolen
De kosten van aanschaf van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Levering dient te geschieden door een orthopedisch schoentechnicus, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedisch schoentechnici.
- 11.5 Verpleegartikelen
De kosten van huur van verpleegartikelen als het gebruik ervan medisch noodzakelijk is. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- 11.6 Wekapparaten
De kosten van huur van plaswekkers (inclusief bandages) voor een periode van drie maanden per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering op voorschrift van de behandelend arts.

ARTIKEL 12 BIJZONDERE BEHANDELINGEN/THERAPIEËN

- 12.1 Acné-behandeling
De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e). De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend huidarts.

- 12.2 Camouflagetherapie
De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en van voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- 12.3 Elektrische epilatie
De kosten van elektrische epilatie, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- 12.4 Lymfedrainage
De kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem en de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- 12.5 Podotherapie
De kosten van behandeling door een podotherapeut. Behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen, en orthonyxie.
- 12.6 Psoriasis-dagbehandeling
1. De kosten van behandeling in één van de erkende psoriasisdagbehandelingscentra tot een maximum van € 500,- per verzekerde per kalenderjaar. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend;
 2. De reiskosten naar het psoriasisdagbehandelingscentrum tot een maximum van € 230,- per verzekerde per kalenderjaar. Vergoeding van de reiskosten duurt, zolang de behandeling op grond van deze verzekering wordt vergoed. Vergoeding vindt plaats op basis van tarieven openbaar vervoer, 2e klasse.
- 12.7 Stottertherapie
De kosten van stottertherapie. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- 12.8 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren
De verschuldigde eigen bijdrage. Het verblijf moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts.
- 12.9 Herstelingsoord
Vergoed worden de kosten van verblijf, mits het verblijf geschiedt op voorschrift van de behandelend arts en na voorafgaande toestemming van de verzekeraar.
- 12.10 Sportmedisch Advies
Blessureconsult:
De kosten van het consulteren van een (sport)arts. Vergoed wordt maximaal € 27,- per consult met een maximum van 5 consulten per verzekerde per kalenderjaar.
Sportkeuring:
De kosten van een sportkeuring worden eenmaal per twee jaar vergoed, mits de sportkeuring plaatsvindt bij een Sportmedisch Adviescentrum. (Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau)
- 12.11 Pedicure voor diabetici
De kosten van voetverzorging voor diabetici worden vergoed tot € 25,- per behandeling, maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 12.12 IVF
De kosten van de eerste IVF behandeling. De behandeling dient plaats te vinden in een vergunninghoudend ziekenhuis. Uitsluitend na toestemming van de verzekeraar.
- 12.13 Sterilisatie
De medische kosten verbonden aan deze ingreep. De kosten verbonden aan het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.
- 12.14 Plastische chirurgie
De kosten van de volgende behandelingen worden vergoed indien sprake is van een medische noodzaak:
1. correctie van bovenoogleden
 2. correctie van de buikwand (vetschortoperatie)
 3. het operatief plaatsen van borstprothesen

ARTIKEL 13 RONALD McDONALD- OF FAMILIEHUIS

Vergoed wordt € 11,- per dag van de verschuldigde eigen bijdrage met een maximum van € 230,- per kalenderjaar voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeershuis, in geval van een ziekenhuisopname van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

ARTIKEL 14 VERBLIJF GEZINSLID BIJ LEVERTRANSPLANTATIE

De verzekeraar vergoedt de verblijfkosten in het zusterhuis van het Academisch ziekenhuis Groningen van een gezinlid van de verzekerde gedurende het verblijf van de verzekerde in het Academische Ziekenhuis Groningen vanwege een levertransplantatie. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Maximaal worden de volgende kosten vergoed:

- verblijf in het zusterhuis tot een maximum van € 25,- per dag gedurende de periode van opname van de getransplanteerde;
- de kosten van vervoer naar het zusterhuis op basis van openbaar vervoer, tweede klasse of vervoer per eigen auto tot een maximum van € 0,28 per kilometer.

ARTIKEL 15 ZIEKENVERVOER

De kosten van ziekenvervoer worden vergoed voor zover sprake is van:

- een medische noodzaak en
- het ziekenvervoer plaatsvindt ten behoeve van een behandeling waarop aanspraak bestaat op grond van de ziekenfondsverzekering/(Studenten) Standaard Pakket Polis of deze verzekering.

De volgende kosten worden vergoed:

1. de eigen bijdrage voor de verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de ziekenfondsverzekering of (Studenten) Standaard Pakket Polis;
2. €0,28 per gereden kilometer bij gebruik van de eigen auto;
3. taxivervoer;
4. vervoer per helikopter.

ARTIKEL 16 TANDHEELKUNDIGE HULP

- 16.1 Kaakorthopedie
Gebitsregulatie (orthodontie) door een tandarts of orthodontist: volledig
- 16.2 Algemene tandheelkunde
- a. Algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) voor verzekerden tot 18 jaar:
 - verleend door een tandarts (in geval van tandprothetische voorzieningen mag de hulp ook worden verleend door een erkend tandprotheticus);
 - de bijdrage aan een jeugdverzorgingsdienst.Vergoed worden deze kosten tezamen tot een maximum van € 340,- per verzekerde per kalenderjaar.
 - b. Algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) voor verzekerden van 18 jaar en ouder:
de standaard tandartsdekking voor het Optifit XL Pakket is Tandplus module A. Indien de verzekerde een andere Tandplus module gekozen heeft, geldt de dekking van de gekozen module. De dekking van de verschillende Tandplus modules is weergegeven in Module Tandplus A/B/C, zoals opgenomen als bijlage bij deel B (omvang dekking). Op het polisblad is aangegeven welke module is verzekerd.

ARTIKEL 17 BUITENLAND

Bij tijdelijk verblijf van maximaal 6 maanden aaneengesloten buiten Nederland van een verzekerde met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland, worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van een acute ziekte of een ongeval:

- 17.1 Binnen Europa en de landen die grenzen aan het Middellandse-Zeegebied vergoedt de verzekeraar de in het desbetreffende land officieel goedgekeurde en gangbare tarieven:
- a. bij opname in een ziekenhuis:
 - de kosten van verpleging en behandeling in de verzekerde klasse tot maximaal 365 dagen per geval;
 - de kosten van ziekenvervoer per ambulance naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
 - b. de kosten van niet-klinische specialistische hulp (inclusief ziekenvervoer per ambulance);
 - c. huisartsenhulp.
- 17.2 Buiten het onder 17.1 genoemde gebied:
De dekking is gelijk aan het vermelde onder lid 1. Vergoeding vindt plaats tot ten hoogste 2x het bedrag van de kosten van een overeenkomstige behandeling in Nederland (bij ziekenhuisopname geldt als maatstaf de kosten welke het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein in rekening zou hebben gebracht voor de betreffende behandeling).
- 17.3 Gedeclearde 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.
- 17.4 ANWB Alarmcentrale
In geval van ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met ANWB Alarmcentrale. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met ANWB Alarmcentrale.
- ANWB Alarmcentrale is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar onder telefoonnummer: 31 (0)70 314 58 70.
- 17.5 Repatriëring
In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat tevens dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding.
Organisatie van repatriëring geschiedt door ANWB Alarmcentrale.
- In geval van overlijden van de verzekerde worden vergoed de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland.
- Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct hulp van ANWB Alarmcentrale in te roepen. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.
- 17.6 De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van ANWB Alarmcentrale bepaalde gegevens te verschaffen aan de medische adviseur van de verzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname en/of de repatriëring.

MODULE TANDPLUS A/B/C

DEKING TANDARTSKOSTEN voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Als de verzekerde in aanvulling op de vergoeding uit hoofde van zijn hoofdverzekering deze uitgebreide dekking op tandartskosten heeft afgesloten bestaat recht op de volgende vergoedingen. De algemene voorwaarden van verzekering zijn van toepassing op deze dekking. De kosten worden vergoed volgens officieel goedgekeurde en gangbare tarieven.

MODULE A

(Deze module behoort tot de standaarddekking van het Optifit XL Pakket).

75% van de in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts, voor verzekerden van 18 jaar en ouder tot maximaal € 230,- per verzekerde per kalenderjaar.

MODULE B

- 2.1 De in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts, voor verzekerden van 18 jaar en ouder tot maximaal € 340,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 2.2 Wanneer sprake is van een ongeval als omschreven in artikel 1.13 van deel A (Algemene voorwaarden) zijn bovendien nog verzekerd de extra tandarts- en techniekkosten inclusief de eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen tot een maximum van € 455,- per verzekerde.
Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:
- de noodzaak van de behandeling is het rechtstreeks gevolg van het ongeval;
 - het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden binnen de looptijd van de verzekering;
 - het ongeval en de behandeling moeten binnen één maand na het ongeval zijn gemeld;
 - de kosten moeten zijn gemaakt binnen een jaar na het ongeval;
 - de verzekeraar moet vooraf goedkeuring verlenen.
- Per kalenderjaar wordt voor maximaal één ongeval vergoeding verleend.

MODULE C

- 3.1 De in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts tot maximaal € 1365,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 3.2 Dezelfde dekking zoals omschreven bij Module B, artikel 2.2.

TANDHEELKUNDIGE KOSTEN GEMAAKT IN HET BUITENLAND

Voor de kosten van tandheelkundige hulp gemaakt in het buitenland zal vergoeding plaatsvinden binnen de in de Modulen A, B en C genoemde maximale bedragen. Hierbij geldt dat de kosten het gevolg moeten zijn van acute klachten ontstaan tijdens vakantie en/of zakenreizen en deze behandelingen om medische redenen niet uitgesteld konden worden.

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.

