

Deel B

Omvang Dekking ONVZ Topfit Pakket

De dekking van het Topfit 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.

ARTIKEL 1 ALGEMENE DEKING

De kosten van geneeskundige, paramedische, psychologische en/of preventieve hulp door een behandelaar en de normaliter met de hulp samenhangende bijkomende kosten.

ARTIKEL 2 BEVALLING EN KRAAMZORG

Vrouwelijke verzekerden hebben na bevalling recht op een uitkering ten behoeve van kraamzorg van € 455,-. Bij een bevalling in een ziekenhuis (ook zonder medische noodzaak) in een kraaminrichting of polikliniek worden de kosten van gebruik van de polikliniek vergoed.

Nast deze verzekerde kosten heeft de aanstaande moeder recht op een kraampakket (zie deel C).

ARTIKEL 3 THUISSHULP

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. 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 6 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 4 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 hieromschreven vergoeding kan onder bepaalde voorwaarden worden gekozen voor kinderopvang in natura.

Nadere informatie en de voorwaarden met betrekking tot deze zorg in natura wordt omschreven in deel C (diensten).

ARTIKEL 5 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

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

ARTIKEL 6 HULPMIDDELEN

Volledige vergoeding van de kosten van hulpmiddelen en de eigen bijdragen die zijn opgenomen in de Regeling Hulpmiddelen vindt plaats voor zover de vergoeding aanvullend is op de dekking van de aanwezige Ziekenfonds/WTZ- verzekering. De hulpmiddelen moeten zijn opgenomen in de Regeling Hulpmiddelen van de verzekeraar. De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

Volledige vergoeding van de kosten van versterkende brillenglazen of contactlenzen.

ARTIKEL 7 ZIEKENVERVOER

In aanvulling op de vergoeding uit hoofde van de Ziekenfondswet/WTZ-verzekering worden de kosten van ziekenvervoer en de eigen bijdragen verband houdende met ziekenvervoer, vergoed. Bij gebruik van eigen auto zal in aanvulling op de vergoeding uit hoofde van de Ziekenfondswet/WTZ-verzekering een vergoeding worden verleend tot maximaal de belastingvrije forfaitaire kilometerprijs voor zakelijke autoritten.

ARTIKEL 8 TANDHEELKUNDIGE HULP

Volledige vergoeding van de kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts voor verzekerden tot 18 jaar.

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder vergoedt de verzekeraar volgens officieel goedgekeurde tarieven de in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts.

Vergoed worden deze kosten tot maximaal € 1365,- per verzekerde per kalenderjaar.

De kosten van orthodontie worden volledig vergoed.

ARTIKEL 9 VERVOERSKOSTEN BIJ BEZOEK VAN GEZINSLID

Bij opname in een ziekenhuis worden de vervoerskosten vergoed van verzekerde gezinsleden bij gebruik van eigen auto tot maximaal de belastingvrije forfaitaire kilometerprijs. Indien verzekerde reist per openbaar vervoer vergoedt de verzekeraar de kosten tot maximaal het tarief tweede klasse. Vergoeding wordt eenmaal per dag verleend bij een afstand van meer dan 25 km tussen het woonadres en een in Nederland gevestigd ziekenhuis.

ARTIKEL 10 VERBLIJFKOSTEN

- De verzekeraar vergoedt de verschuldigde eigen bijdrage voor verblijf in een Ronald McDonaldhuis of soortgelijk logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis, bij opname van een meeverzekerd kind.
- De verzekeraar vergoedt de kosten van verblijf in het Prinses Margriethuis te Groningen aansluitend op een levertransplantatie in het Academische Ziekenhuis Groningen voor de verzekerde en een verzorger.
- De verzekeraar vergoedt de verblijfkosten in het zusterhuis van het Academisch Ziekenhuis Groningen van een gezinslid van de verzekerde gedurende het verblijf van de verzekerde in het Academisch Ziekenhuis Groningen vanwege een levertransplantatie. Tevens worden vergoed de vervoerskosten naar het zusterhuis op basis van openbaar vervoer, tweede klasse. De vergoeding bij gebruik van eigen auto is gelijk aan de belastingvrije forfaitaire kilometerprijs voor zakelijke autoritten.

ARTIKEL 11 KUURREIZEN

De kosten van kuurreizen bij een door de verzekeraar gecontracteerde organisatie worden uitsluitend na voorafgaande toestemming door de verzekeraar vergoed (zie deel C).

ARTIKEL 12 BUITENLAND

Bij tijdelijk verblijf van maximaal 6 maanden aaneengesloten buiten Nederland van een verzekerde met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland, worden de kosten zoals genoemd in de onderdelen algemene dekking en tandheelkundige hulp (in aanvulling op de aanspraken uit hoofde van de Ziekenfondswet/ WTZ-verzekering) vergoed. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van een acute ziekte of een ongeval. Vergoed worden maximaal de in het desbetreffende land officieel goedgekeurde en gangbare tarieven.

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 13 SOS INTERNATIONAL

- 13.1 In geval van ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval en/of hierna omschreven repatriëring is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met SOS International. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met SOS International.

SOS International is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar onder telefoonnummer: 31 (0)20 651 51 51.

- 13.2 Extra dienstverlening bij tijdelijk verblijf buiten Nederland, van een verzekerde met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland door of door bemiddeling van SOS International:
- 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 aan 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 stoffelijke overschot.
- c. vergoeding van de kosten van opsporing en/of redding van de verzekerde tot een maximumbedrag van € 11345,-. 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.

13.3 De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van SOS International 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.

