

Ingangsdatum 1 januari 2002

**Verzekeringsreglement en
Vergoedingen Ziekenfondswet en aanvullende verzekeringen**

Vergoedingenoverzicht

Vergoeding	Artike l	Blad- zijde	Zieken- fonds- wet	Zilver Aanvul- lende Polis	Zilver Pakket	Zilver Tand- arts Polis	Uitge- breide Zilver Tand- arts Polis	Klas- sen- verze- kering	Achmea health
Alarmeringsappara- tuur	24, 51		•		•				•
Alternatieve geneeswijzen / therapieën	23			•	•				
Astmacentrum Davos	3		•						
Audiologisch <i>centrum</i>	14		•						
Bevalling	26		•						
Bewakingsapparatuur wiegendoed	55								•
Buitenland	30, 31, 49		•	•	•				•
Buitenland, preventieve vaccinaties	56								•
Contactlenzen en brilmonturen	50								•
Cosmetische chirurgie	39		•	•	•				
Dagverpleging	1		•						
Epilatie	39			•	•				
Erfelijkheidsonder- zoek	15		•						
Ergotherapie	20		•						
Farmaceutische zorg	18		•		•				
Fitness	63								•
Fysiotherapie	19		•	•	•				
Gasthuizen, verblijf bij poliklinische behandeling in ziekenhuis	13			•	•				
Gasthuizen, verblijf van gezinsleden bij opname	2			•	•				
Herstellingsoorden	33			•	•				
Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen	23			•	•				
Huidtherapie	39			•	•				
Huisarts	17		•						
Hulpmiddelen	24		•		•				
Interkuur	32			•	•				
In vitro fertilisatie	10		•						
Kraampakket	53								•
Kraamzorg	27		•		•				
Kuurreizen / <i>kuurcentrum</i>	32, 62			•	•				•
Leefstijltrainingen	59								•
Leukemie bij kinderen	12		•						
Logopedie	21		•						
<i>Medisch specialistische</i>	6		•						

<i>zorg, extramuraal</i>									
Medisch specialistische zorg, poliklinisch	5		•						
Medisch specialistische zorg, klinisch	1		•						
Nierdialyse	9		•						
Oefentherapie Cesar/Mensendieck	19		•	•	•				
Orgaantransplantaties	8		•						
Orthodontie	41			•	•	•	•		
Orthodontie, bijzondere gevallen	48		•						
<i>Overgangsconsulten</i>	65								•
Plasweccker	25				•				
<i>Plakstrips mammaprothesen</i>	24				•				
<i>Podotherapie</i>	37			—	—				
Preventieve cursussen	60								•
Preventieve onderzoeken	57								•
Psoriasisbehandeling	16			•	•				
<i>Psychologische zorg</i>	36			•	•				
Psychotherapie, eigen bijdrage AWBZ	35				•				
Revalidatie, deeltijdbehandeling	4		•						
<i>Revalidatie, hart-en long</i>	7		—						
Second opinion	52								•
Sportmedisch onderzoek	58								•
Sterilisatie/abortus	11		•						
Steunzolen	37			•	•				
Stottertherapie	22			•	•				
Tandheelkundige zorg, algemeen	43		•			•	•		
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	47		•						
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	46		•						
Tandheelkundige zorg, implantaten	42,44		•				•		
Tandheelkundige zorg, kronen, bruggen en inlays	44			•	•	•	•		
<i>Tandheelkundige zorg, mesostructuur</i>	46		—						
Tandheelkundige zorg, prothesen	45		•	•	•		•		
Therapeutisch kamp voor kinderen	34			•	•				
Thuiszorg gehandicapten en chronisch zieken	40			•	•				
Uitkering bij adoptie	28				•				

Verloskundige zorg	26		•						
Verpleegartikelen	54								•
Vervoer van zieken	29		•						
Voedingsvoorlichting	61								•
Voetverzorging diabetici	38				•				
Wachttijdbemiddeling	64								•
Zelfstandig <i>behandelcentrum</i>	7		•						
Ziekenhuisopname	1		•					•	
Ziekenhuisopname, overnachting en vervoer gezinsleden	2			•	•				

We beschrijven allereerst het verzekeringsreglement.

Vanaf pagina .. beschrijven we artikelsgewijs de vergoedingen waarop u recht heeft. Bij elk artikel beschrijven we uit welke verzekering (ziekenfonds of aanvullende verzekering) u vergoeding krijgt. Onder het kopje “ziekenfondsverzekering” hebben we steeds kort weergegeven wat de vergoeding volgens de Ziekenfondswet inhoudt. Uw aanspraken staan uitgebreid beschreven in de Ziekenfondswet en de bijbehorende regelingen. Onze beschrijving is slechts een korte samenvatting hiervan.

In het overzicht op de linkerpagina staat schematisch weergegeven in welk artikel en op welke bladzijde u kunt nalezen wat uw rechten zijn.

Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u heeft afgesloten. Op de vergoedingen die vallen onder "Achmea *health*" (artikelen 49 tot en met 65) heeft u recht als u de ZilverAanvullendePolis of het ZilverPakket heeft afgesloten.

Verzekeringsreglement

Artikel Onderwerp

- | | |
|----|---|
| 1 | Begripsbepalingen |
| 2 | Algemeen |
| 3 | Aanmelding en inschrijving |
| 4 | Verzekeringsbewijs |
| 5 | Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving |
| 6 | Verplichtingen van de verzekerde |
| 7 | Schadevergoeding |
| 8 | Premievaststelling en premieheffing |
| 9 | Peildata nominale premie |
| 10 | Verschuldigdheid nominale premie |
| 11 | Verhoging nominale premie |
| 12 | Betaling premie |
| 13 | Nalatigheid bij betaling nominale premie |
| 14 | Zorgaanspraken |
| 15 | Geldend maken van zorgaanspraken |
| 16 | Zorgaanspraken in het buitenland |
| 17 | Aansprakelijkheid zorgverzekeraar |
| 18 | Aansprakelijkheid van derden |
| 19 | Verval vorderingsrecht |
| 20 | Wijziging reglement |
| 21 | Informatie over klacht en beroep |
| 22 | <i>Persoonsgegevens</i> |

Artikel 1 Begripsbepalingen

In dit reglement wordt verstaan onder:

- | | |
|-----|---|
| 1.1 | Aanvullende verzekering
De aanvullende verzekering(en) op de ziekenfondsverzekering |
| 1.2 | Ambulance
Een vervoermiddel, bedoeld voor vervoer van zieken en ongevals slachtoffers, dat is toegelaten krachtens de Wet Ambulancevervoer. |
| 1.3 | Arts
Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde instantie in het kader van de wet BIG. |
| 1.4 | Audiologisch centrum
Een centrum dat audiologische hulp verleent en door de overheid als ziekenhuis is toegelaten. |

- 1.5 Bijkomende kosten
Medische kosten die rechtstreeks verband houden met een medisch specialistische of kaakchirurgische behandeling en die zijn ontstaan tijdens zo'n behandeling in een ziekenhuis, zoals kosten van röntgenfoto's, bloedtransfusies, laboratoriumkosten, geneesmiddelen, bestralingen, narcose, verbandmiddelen en gebruik van de operatiekamer. De bijkomende kosten moeten in rekening worden gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.
- 1.6 Dagverpleging
Bedverpleging in een ziekenhuis korter dan 24 uur, voorzienbaar nodig om op dezelfde dag onderzoek of behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg te ondergaan.
- 1.7 *Eerstelijns psycholoog*
Een in Nederland gevestigde psycholoog die als gekwalificeerd eerstelijns psycholoog geregistreerd staat bij het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P.).
- 1.8 Ergotherapeut
Een in Nederland gevestigde ergotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- 1.9 Fysiotherapeut
Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig bij de bevoegde overheidsinstantie staat geregistreerd in het kader van de wet BIG.
- 1.10 Geneeskundig adviseur
De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.
- 1.11 *Gezondheidszorg psycholoog*
Een in Nederland gevestigde gezondheidszorg psycholoog die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG
- 1.12 *Huidtherapeut*
Een in Nederland gevestigde huidtherapeut, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, of in elk geval voldoet aan de kwaliteitseisen die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn.
- 1.13 Huisarts
Een in Nederland in of nabij uw woonplaats gevestigde arts, die als huisarts geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
- 1.14 Hulpmiddel
Een medisch hulpmiddel dat is opgenomen in de *regeling* Hulpmiddelen die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld.
- 1.15 Kaakchirurg
Een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- 1.16 Kalenderjaar
De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.
- 1.17 Klinisch genetisch centrum
Een instelling voor klinische genetica, die *een* vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen.
- 1.18 Laboratoriumonderzoek
Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat wettelijk is toegelaten.
- 1.19 Logopedist
Een in Nederland gevestigde logopedist vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- 1.20 Medeverzekerde
De echtgeno(o)t(e) of partner en eigen, aangehuwde of pleegkinderen van de verzekerde.
- 1.21 Medische noodzaak
De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.
- 1.22 Medisch specialist
Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
- 1.23 Oefentherapeut
Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar / oefentherapeut Mensendieck vallend

- onder artikel 34 van de wet BIG.
- 1.24 Orthodontist
Een in Nederland gevestigde tandarts die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.
- 1.25 Premie
De nominale premie, procentuele premie en/of de premie voor de aanvullende verzekering.
- 1.26 Podotherapeut
Een in Nederland gevestigde podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.
- 1.27 Revalidatie
Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist. Dit team moet verbonden zijn aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.
- 1.28 Tandarts
Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
- 1.29 Tandprotheticus
Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, als bedoeld in het register van tandprothetici, die staat geregistreerd bij de bevoegde overheidsinstantie en waarmee Zilveren Kruis Achmea een overeenkomst heeft gesloten.
- 1.30 U/tw
De verzekerde personen. Deze staan genoemd op het bewijs van verzekering.
- 1.31 Verloskundige
Een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
- 1.32 Verzekerde
De persoon die bij de zorgverzekeraar is ingeschreven.
- 1.33 Verzekering
De ziekenfondsverzekering, de AWBZ en/of de aanvullende verzekering(en).
- 1.34 Verzekeringsbewijs
Het bewijs van inschrijving: een polisblad en een Zilvercard.
- 1.35 Wet BIG
De Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.
- 1.36 Wij/ons
a voor de uitvoering van de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: OWM Zilveren Kruis Ziekenfonds U.A.
b voor de aanvullende verzekeringen: Achmea Zorgverzekeringen N.V.
- 1.37 Zelfstandig behandelcentrum
Een in Nederland gevestigde inrichting die als zelfstandig behandelcentrum door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor onderzoek en behandeling van zieken.
- 1.38 Ziekenfondsverzekering en/of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
De ziekenfondsverzekering zoals die is vastgesteld in de Ziekenfondswet (ZFW) en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).
- 1.39 Ziekenhuis
Een in Nederland gevestigde inrichting die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken. Ook wordt hieronder verstaan het Nederlands Astma Centrum te Davos (Zwitserland).
- 1.40 Ziekenhuisverpleging
Opneming langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg noodzakelijk is.

- 1.41 Zorgverlener
De zorgverlener of zorgverlenende instelling, met wie/waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.
- 1.42 Zorgverzekeraar
- a voor de uitvoering van de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: OWM Zilveren Kruis Ziekenfonds U.A.
 - b voor de aanvullende verzekeringen: Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Artikel 2 Algemeen

- 2.1 De wederzijdse rechten en verplichtingen van zorgverzekeraar en verzekerden worden bepaald door dit verzekeringsreglement. Een uitzondering geldt wanneer in de *Ziekenfondswet, AWBZ* of de statuten van de zorgverzekeraar andere bepalingen zijn of worden opgenomen.
- 2.2 Alle begrippen zoals omschreven in artikel 1 hebben in de *Ziekenfondswet*, de AWBZ en de aanvullende verzekering(en) dezelfde betekenis.

Artikel 3 Aanmelding en inschrijving

- 3.1 De verzekerde meldt zich voor de ziekenfondsverzekering aan bij de zorgverzekeraar, door een volledig ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier in te leveren.
- 3.2 Bij aanmelding gaat de zorgverzekeraar na of is voldaan aan de voorwaarden volgens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ. Indien hieraan wordt voldaan, volgt inschrijving en bestaat daarna aanspraak op verstrekkingen volgens deze wetten.
- 3.3 Iedereen, die ingeschreven staat in de ziekenfondsverzekering, kan op eigen verzoek worden ingeschreven in de aanvullende verzekering(en). De verzekerde meldt zich aan voor de aanvullende verzekering(en) door het inleveren van een volledig ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier. Voorwaarde is dat dit verzoek ook geldt voor eventuele medeverzekerden. *De verplichting om alle gezinsleden aan te melden is niet van toepassing voor de aanvullende tweede klassenverzekering en de aanvullende tandheelkundige verzekeringen.*
- 3.4 De zorgverzekeraar kan een inschrijving in de aanvullende verzekering(en) weigeren indien:
- a de verzekerde nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder werd afgesloten met de zorgverzekeraar;
 - b de verzekerde zich schuldig heeft gemaakt aan het indienen van onjuiste of onterechte kostendeclaratie(s);
 - c de gezondheidstoestand van de verzekerde hiertoe aanleiding geeft.

Artikel 4 Verzekeringsbewijs

- 4.1 De ingeschreven verzekerde ontvangt van de zorgverzekeraar een verzekeringsbewijs. Zodra de verzekerde niet (meer) voldoet aan de voorwaarden die gelden voor inschrijving, vervalt de geldigheid van het verzekeringsbewijs.
- 4.2 De zorgverzekeraar verstuurt elk (nieuw) verzekeringsbewijs naar het hem *laatst* bekende adres van de verzekerde.
- 4.3 Bij het invoeren van hulp moet de verzekerde het verzekeringsbewijs tonen aan de zorgverlener en/of zorgverlenende instantie.

Artikel 5 Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving

- 5.1 Inschrijving in de ziekenfondsverzekering geschiedt volgens de bepalingen van de Ziekenfondswet. Aanvullende verzekeringen die gelijktijdig met de ziekenfondsverzekering zijn aangevraagd, gaan in op het moment dat de ziekenfondsverzekering ingaat. Aanvullende verzekeringen die later worden aangevraagd, gaan -met inachtneming van een medische selectie- in op een door de verzekerde gewenste datum, die ligt na de datum van aanmelding. De inschrijving kent een termijn van één kalenderjaar.

- 5.2 Als inschrijving na 1 januari plaatsvindt, loopt de inschrijvingstermijn door tot en met 31 december van het daarop volgende jaar.
- 5.3 De inschrijving voor de verzekering wordt na verloop van de eerste termijn (zie artikel 5.1 en 5.2) telkens met één kalenderjaar verlengd. Wil de verzekerde een inschrijving beëindigen, dan moet hij dit schriftelijk melden, uiterlijk één maand voor de dag waarop de termijn is verstreken.
- 5.4 Naast de bepalingen in artikel 5.3 en de bepalingen in de Ziekenfondswet en/of de AWBZ en/of dit reglement, geldt dat de zorgverzekeraar de inschrijving beëindigt:
- met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer aan de vereisten voor inschrijving in de verzekering voldoet;
 - met onmiddellijke ingang, indien de verzekerde niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de verzekering.
- 5.5 De zorgverzekeraar beëindigt de inschrijving van een medeverzekerde:
- tegelijk met de beëindiging van de inschrijving van de verzekerde aan wiens verzekering het recht op medeverzekering gebonden is;
 - met ingang van de dag waarop de medeverzekerde niet meer voldoet aan de vereisten voor inschrijving als medeverzekerde;
 - met onmiddellijke ingang, indien de medeverzekerde niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de verzekering.
- 5.6 Als de inschrijving wordt beëindigd, deelt de zorgverzekeraar dat schriftelijk *mede*.
- 5.7 Als de nominale premie wijzigt, heeft de verzekerde het recht de inschrijving te beëindigen. Verzekerde moet dit binnen 60 dagen -nadat de zorgverzekeraar de wijziging bekend heeft gemaakt- schriftelijk melden. De inschrijving eindigt op de eerste dag van de maand, volgend op de maand waarin de schriftelijke opzegging ontvangen is.
- 5.8 Als de zorgverzekeraar de premie voor de aanvullende verzekering verhoogt, heeft de verzekerde het recht de aanvullende verzekering te beëindigen. Verzekerde moet dit binnen 60 dagen -nadat de zorgverzekeraar de wijziging bekend heeft gemaakt- schriftelijk melden. De aanvullende verzekering eindigt dan op de eerste dag van de maand, volgend op de maand waarin de schriftelijke opzegging ontvangen is.
- 5.9 *De zorgverzekeraar zal de aanvullende verzekering(en) van de verzekerde en zijn eventue(e)le medeverzekerde(n) beëindigen indien de verzekerde of medeverzekerde zich schuldig heeft gemaakt aan het indienen van onjuiste of onterechte kostendeclaratie(s).*

Artikel 6 Verplichtingen van de verzekerde

6. De verzekerde, en ook de gewezen verzekerde, is verplicht:
- binnen 14 dagen, desgevraagd schriftelijk, alle inlichtingen te verstrekken die de zorgverzekeraar nodig heeft voor een goede uitvoering van de verzekering;
 - de verklaringen die voor de ziekenfondsverzekering of volgens dit reglement nodig zijn en/of verstrekt worden, binnen 14 dagen aan de zorgverzekeraar toe te zenden;
 - de zorgverzekeraar schriftelijk binnen 14 dagen op de hoogte te brengen van feiten of omstandigheden die hemzelf of (een) medeverzekerde(n) betreffen en die kunnen leiden tot beëindiging of wijziging van de inschrijving.

Artikel 7 Schadevergoeding

- 7.1 De zorgverzekeraar kan een vergoeding vragen aan de verzekerde voor schade die het gevolg is van onrechtmatige inschrijving. Deze bepaling geldt naast de bepaling in artikel 7.2 en het recht van de zorgverzekeraar de inschrijving te beëindigen. De hoogte van het schadebedrag dat de verzekerde aan de zorgverzekeraar voor de ziekenfondsverzekering moet betalen, wordt bepaald door het College voor Zorgverzekeringen. De hoogte van dit bedrag is gebaseerd op

- de landelijke gemiddelde kosten per ingeschreven ziekenfondsverzekerde, berekend over de periode van onrechtmatige inschrijving.
- 7.2 Wie opzettelijk aanspraken doet als verzekerde zonder daartoe gerechtigd te zijn, is aansprakelijk voor een bedrag ter grootte van de uitgekeerde medische kosten. De zorgverzekeraar brengt dit bedrag in rekening als de uitgekeerde kosten hoger zijn dan het bedrag dat is berekend volgens artikel 7.1.
- 7.3 De verzekerde moet de bedragen zoals die in artikel 7.1 en 7.2 omschreven staan betalen binnen de termijn die door de zorgverzekeraar is bepaald. Doet hij dit niet, dan brengt de zorgverzekeraar kosten in rekening aan de (gewezen) verzekerde die schadelijkt is. Het betreft de kosten voor invordering van deze bedragen, inclusief de gerechtelijke en buitengerechtelijke inningskosten.

Artikel 8 Premievaststelling en premieheffing

- 8.1 De hoogte van de nominale premie wordt vastgesteld door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heft een nominale premie voor de verzekerde zelf en zijn medeverzekerden. *Personen jonger dan 18 jaar zijn geen nominale premie verschuldigd.*
- 8.2 De Ziekenfondswet bepaalt welke verzekerden van 65 jaar of ouder een procentuele premie betalen. In artikel 15 van deze wet is de hoogte daarvan vastgelegd. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat bij de betreffende verzekerden de premie, die hiermee overeenkomt, geheven wordt. Het inkomen waarover premie geheven wordt, is eveneens in de wet vastgelegd.
- 8.3 De zorgverzekeraar heft de premie voor de verschillende vormen van de aanvullende verzekering. De hoogte van deze premie wordt door de zorgverzekeraar vastgesteld.
- 8.4 De verzekerde betaalt de premie per maand. De premie moet vooruit betaald worden, uiterlijk op de laatste dag van de maand die voorafgaat aan de maand waarover de premie is verschuldigd. De zorgverzekeraar int de premie voor de verzekerde en zijn medeverzekerden.
- 8.5 De zorgverzekeraar brengt de verzekerde schriftelijk op de hoogte van premiewijzigingen. *Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.*

Artikel 9 Peildata nominale premie

- 9.1 De zorgverzekeraar gaat voor het vaststellen van de premie uit van peildata. De zorgverzekeraar kan hier in bijzondere gevallen van afwijken.
- 9.2 De peildatum is de eerste dag van een kalendermaand. Wanneer de verzekerde zich meer dan 60 dagen na het ontstaan van het recht op verzekering bij de zorgverzekeraar aanmeldt, is de peildatum de eerste dag van de maand te rekenen van 60 dagen voor de datum van inschrijving.
- 9.3 De premie wordt berekend vanaf de eerste peildatum tot en met de laatste dag van de kalendermaand waarin de laatste peildatum is gelegen.
- 9.4 Over iedere kalendermaand wordt premie berekend volgens artikel 9.3. Die premie wordt berekend voor de verzekerde en zijn eventuele medeverzekerden die op de eerste dag van de kalendermaand is/zijn ingeschreven.
- 9.5 Artikel 9.1 is niet van toepassing wanneer sprake is van een vergoeding van geneeskundige verzorging in de vorm van restitutie premie particuliere verzekering.

Artikel 10 Verschuldigheid nominale premie

10. De verzekerde is maandelijks slechts één keer nominale premie verschuldigd. Deze regel is van toepassing wanneer de verzekerde op grond van meer bepalingen uit de Ziekenfondswet toegang heeft tot de ziekenfondsverzekering.

Artikel 11 Verhoging nominale premie

- 11.1 Als de verzekerde zich later dan 60 dagen na het ontstaan van het recht op verzekering aanmeldt, wordt de nominale premie over de periode langer dan 60 dagen, verhoogd. Die verhoging is maximaal het bedrag van de nominale premie op jaarbasis.
- 11.2 Treft de verzekerde geen verwijt voor het overschrijden van de 60-dagen termijn bij inschrijving, dan wordt de nominale premie berekend vanaf het moment dat recht op verzekering bestaat. Als de vertraagde aanmelding waarvoor de verzekerde geen verwijt treft ook (of alleen) geldt voor zijn medeverzekerde, wordt de nominale premie op dezelfde wijze berekend.

Artikel 12 Betaling premie

- 12.1 De verzekerde betaalt de premie per (bank)giro. Hij kan de zorgverzekeraar een machtiging tot automatische incasso geven.
- 12.2 Als automatische incasso door schuld van de verzekerde niet mogelijk blijkt, heeft de verzekerde alsnog de plicht om zelf tijdig de premie te betalen.
- 12.3 Als de verzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de eerste maand die volgt op de maand waarin de verzekering is geëindigd.

Artikel 13 Nalatigheid bij betaling premie

- 13.1 Bij de premiebetaling moet de verzekerde aan de gestelde regels voldoen. Doet hij dat niet, dan kan de zorgverzekeraar administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan de verzekerde in rekening brengen.
- 13.2 De verzekeraar kan de in artikel 13.1 genoemde kosten pas in rekening brengen als de verzekerde niet op tijd betaalt na een schriftelijke aanmaning waarin een betalingstermijn is vermeld. De verhoging bedraagt tenminste **€ 11,35**.
- 13.3 In aanvulling op artikel 13.1 en 13.2 geldt dat aanspraken volgens de aanvullende verzekering vervallen, als de premie niet is betaald binnen een maand na een betalingsverzoek van de zorgverzekeraar. De aanspraken vervallen automatisch met ingang van de eerste dag van de maand van achterstand. De betalingsplicht blijft bestaan. ~~en de zorgverzekeraar houdt het recht om de aanvullende verzekering(en) te beëindigen.~~ *Bij premieachterstand beëindigen wij de aanvullende verzekeringen. Wanneer de volledige premieachterstand is voldaan, dan kunnen de aanvullende verzekeringen opnieuw worden aangevraagd. Aan het afsluiten hiervan gaat een medische acceptatie vooraf. Als de aanvraag akkoord is dan wordt de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op de maand van de aanvraag afgesloten. De aanvullende verzekering kan niet met terugwerkende kracht worden afgesloten.*

Artikel 14 Zorgaanspraken

- 14.1 De verzekerde heeft aanspraak op verstrekkingen uit de Ziekenfondswet en de AWBZ. De aard, inhoud en omvang van deze verstrekking en de voorwaarden waaronder zij verstrekt worden, staan benoemd in deze wetten.
- 14.2 De aanvullende verzekering(en) omvat(ten) een pakket van verstrekkingen en vergoedingsregelingen die beschreven zijn in de vergoedingsregeling van de aanvullende verzekering(en).
- 14.3 De verzekerde kan bij de zorgverzekeraar uitsluitend aanspraak maken op genoten verstrekkingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt.
- 14.4 Bij kosten die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit atoomkernreacties (tenzij de radioactieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging), gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of munitierij, bestaat geen recht op uitkering en/of verstrekking.
- 14.5 *Wij vergoeden geen kosten van celtherapie, chelatietherapie, keuringen en het afgeven van doktersverklaringen.*

- 14.6 Indien de verzekerde - zo de in dit reglement bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade of kosten op grond van enige andere wet, voorziening, subsidiëring, publiekrechtelijke regeling of verzekering, al dan niet van oudere datum, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. In zo'n geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.
- 14.7 De zorgverzekeraar stelt elk jaar vast hoe de aanvullende verzekering(en) eruit zien voor wat betreft de inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van verstrekkingen. Wijzigingen worden door de zorgverzekeraar schriftelijk bekend gemaakt aan de verzekerde.
- 14.8 Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:*
- de ziekenfondsverzekering; en het eventuele restbedrag ten laste van:*
 - de (Uitgebreide)ZilverTandartsPolis; en het eventuele restbedrag ten laste van:*
 - de ZilverAanvullendePolis; en het eventuele restbedrag ten laste van:*
 - het ZilverPakket.*

Artikel 15 Geldend maken van zorgaanspraken

- 15.1 Als de verzekerde zorg nodig heeft die deel uitmaakt van de ziekenfondsverzekering heeft hij de keuze uit elke persoon of instelling in Nederland, die een overeenkomst heeft gesloten met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verstrekt informatie over de personen en instellingen met wie/waarmee zo'n overeenkomst bestaat.
- 15.2 Als de verzekerde zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft, moet hij vooraf toestemming vragen aan de zorgverzekeraar.
- 15.3 De verzekerde moet bij elk bezoek aan een zorgverlener of zorginstelling als bedoeld in artikel 15.1 en 15.2 een geldig verzekeringsbewijs laten zien.

Artikel 16 Zorgaanspraken in het buitenland

- ~~16.1~~ De verzekerde kan zich voor hulp en zorg volgens de ziekenfondsverzekering wenden tot een persoon of inrichting in het buitenland *indien zulks voor zijn geneeskundige verzorging noodzakelijk is*. De zorgverzekeraar moet hiervoor vooraf toestemming hebben verleend. ~~en de hulp of zorg moet medisch noodzakelijk zijn.~~
- 16.2 Als de verzekerde zich voor spoedeisende hulp tot een persoon of inrichting in het buitenland wendt, gelden de voorwaarden die in de Ziekenfondswet zijn bepaald.

Artikel 17 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar

17. Als een zorgverlener iets doet of nalaat waardoor de verzekerde schade lijdt, is de zorgverzekeraar daarvoor niet aansprakelijk, ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener deel uitmaakt van het verzekerde verstrekkingenpakket.

Artikel 18 Aansprakelijkheid van derden

- 18.1 Als een derde aansprakelijk is voor kosten die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde, moet de verzekerde de zorgverzekeraar kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om verhaal te halen bij de veroorzaker. Dit geldt naast de bepalingen in artikel 83a, 83b en 83c van de Ziekenfondswet en/of artikel 284 van het Wetboek van Koophandel. Deze bepaling geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen de verzekerde en een andere (rechts)persoon.
- 18.2 Als de verzekerde wordt getroffen door ziekte, ongeval of letsel waar een derde bij betrokken is, dan moet hiervan zo spoedig mogelijk melding worden gemaakt bij de zorgverzekeraar en aangifte worden gedaan bij de politie.

- 18.3 De verzekerde mag in eerste instantie geen enkele regeling treffen met een derde of iemand die namens die derde optreedt. De verzekerde moet allereerst contact opnemen met zijn eigen zorgverzekeraar.
- 18.4 De verzekerde mag geen enkele regeling treffen die de zorgverzekeraar in zijn rechten benadeelt. De verzekerde mag pas een regeling treffen met een derde, of degene die namens die derde optreedt, als hij daarvoor de schriftelijke toestemming van zijn zorgverzekeraar heeft.

Artikel 19 Verval vorderingsrecht

19. Als de verzekerde recht heeft op een vergoeding uit een van de verzekeringen waarvoor dit reglement geldt, moet hij dit kenbaar maken aan de zorgverzekeraar voor 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin het recht op vergoeding is ontstaan. Deze eis is niet van toepassing als een andere bepaling uit de verzekering dit aanduidt of als de zorgverzekeraar zelf bepaalt dat de verzekerde de vordering niet tijdig kon indienen.

Artikel 20 Wijziging reglement

- 20.1 Dit verzekeringsreglement is van toepassing op de ziekenfondsverzekering, de AWBZ en de aanvullende verzekeringen.
- 20.2 Dit verzekeringsreglement kan door de zorgverzekeraar te allen tijde worden gewijzigd. Wijzigingen worden door de zorgverzekeraar schriftelijk aan de verzekerde medegedeeld.

Artikel 21 Informatie over klacht en beroep

21. De zorgverzekeraar verschaft de verzekerde bij iedere beschikking informatie over de beroepsmogelijkheden. Op verzoek verstrekt de zorgverzekeraar tevens informatie over de klachtenprocedure.

Artikel 22 Persoonsgegevens

22. *Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie. Ook kunnen wij deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten.*
- Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij Zilveren Kruis Achmea, Postbus 1311, 3000 BH, Rotterdam.*

Op dit verzekeringsreglement is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 1 Ziekenhuisverpleging en dagverpleging in een ziekenhuis

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden:

- de verpleegkosten, op basis van de derde klasse;
- de kosten van dagverpleging;
- het honorarium voor medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- ~~U moet een ziekenhuisopname vooraf, of uiterlijk binnen 48 uur na opname, bij ons melden.~~
Voor een ziekenhuisopname in verband met plastische chirurgie moet u tenminste drie weken van tevoren goedkeuring aanvragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze geneeskundig adviseur bekend te maken.

Tweede klassenverzekering

Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname in de verzekerde klasse. Wij vergoeden uitsluitend de kosten die een ziekenhuis conform de rechtsgeldige CTG-tarieven declareert.

U kunt kiezen voor een tweede klassenverzekering 2A of 2B.

Bent u klasse 2B verzekerd en wordt u opgenomen in een ziekenhuis met één tweede klasse, dan vergoeden wij de kosten volgens de tarieven van die tweede klasse.

Indien de tweede klassenverzekering is afgesloten en u wordt opgenomen in de derde klasse, dan vergoeden wij voor verzekerden van 18 jaar en ouder € 69,- per dag dat u bent opgenomen in die klasse, tot een maximum van € 4.538,- per kalenderjaar. Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Artikel 2 Overnachtings- en vervoerskosten van gezinsleden bij ziekenhuisopname

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wanneer u langer dan 14 dagen aaneengesloten wordt opgenomen in een ziekenhuis dat verder dan 30 kilometer van uw huis ligt, vergoeden wij:

- de overnachtingskosten van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis. Wij vergoeden maximaal € 35,- per dag;
- de kosten van vervoer van uw gezinsleden per openbaar vervoer of per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Bij vervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,21 per kilometer.

Wij vergoeden aan overnachtings- en vervoerskosten tezamen maximaal € 341,- per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.

Artikel 3 Nederlands Astma Centrum te Davos (Zwitserland)

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van behandeling in het Nederlands Astma Centrum te Davos, wanneer behandeling in Nederland zonder succes heeft plaatsgehad en wij de behandeling in Davos doelmatig achten.

Artikel 4 Revalidatiedeeltijd- of dagbehandeling in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.

Artikel 5 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist of kaakchirurg;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten van de medisch specialist alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

Artikel 6 Medisch specialistische zorg (extramuraal)

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van behandeling van een door ons gecontracteerd extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Wij vergoeden het honorarium van de medisch specialist.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

Artikel 7 Zelfstandig behandelcentrum

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van behandeling in een door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum. Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten ~~van de medisch specialist~~ alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

~~U moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen.~~

~~Artikel 7 Hart- en longrevalidatie~~

~~Ziekenfondsverzekering~~

~~Wij vergoeden het honorarium van de medisch specialist en de bijkomende kosten bij hart- en longrevalidatie in een daarvoor erkende inrichting.~~

~~Voorwaarde voor vergoeding~~

~~De behandelend medisch specialist moet vooraf bij ons toestemming vragen voor deze revalidatie.~~

Artikel 8 Orgaantransplantaties

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden:

- de kosten van transplantatie van organen en weefsels;
- de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting;
- de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij/zij is verzekerd;

- de kosten van medische behandeling van de donor gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Wij vergoeden de kosten van de donor mits de behandeling een rechtstreeks en uitsluitend gevolg is van de transplantatie.

Artikel 9 Nierdialyse

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van nierdialyse in een ziekenhuis, nierdialysecentrum of bij u thuis.

Daarnaast kunnen wij bij thuisdialyse vergoeden:

- de kosten van voor de dialyse noodzakelijke bouwkundige voorzieningen aan uw woning;
- de kosten van inrichting van een ruimte in uw woning tot dialysevertrek;
- de kosten van bijkomende stroomvoorziening.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor thuisdialyse moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. U moet een begroting van de kosten overleggen.
- Wij vergoeden de bouwkundige kosten tenzij u krachtens een andere wettelijke regeling een vergoeding kunt krijgen.

Artikel 10 In vitro fertilisatie

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van in vitro fertilisatiebehandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis.

Wij vergoeden voor elke te realiseren zwangerschap de kosten van maximaal drie in vitro fertilisatiebehandelingen.

Artikel 11 Sterilisatie/abortus

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarde voor vergoeding

De behandelingen moeten plaatsvinden in een ziekenhuis.

Artikel 12 Leukemie bij kinderen

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.

Artikel 13 Overnachting in een gasthuis nabij een ziekenhuis

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van een overnachting in het gasthuis:

- bij de Dr. Daniël den Hoed Kliniek of bij het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, indien u een poliklinische behandelcyclus ondergaat in één van deze ziekenhuizen;
- bij het Academisch Ziekenhuis Groningen, nadat u een levertransplantatie hebt ondergaan.

Wij vergoeden maximaal €35,- per nacht.

Artikel 14 Audiologisch centrum

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van zorg in een audiologisch centrum.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, kinderarts of keel-, neus - en oorarts.

Artikel 15 Erfelijkheidsonderzoek

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van erfelijkheidsonderzoek in een klinisch genetisch centrum.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts.
- De ernst van de (verwachte) aandoening of afwijking alsmede het ontbreken van andere mogelijkheden om tot een diagnose te komen moeten dit onderzoek noodzakelijk maken.

Artikel 16 Behandeling van psoriasis

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis

- in psoriasisdagbehandelingscentra. Wij vergoeden ten hoogste € 28,- per behandeling tot een maximum van 30 behandelingen per persoon per kalenderjaar,

of

- door middel van UV-B lichtbehandeling bij u thuis. Wij vergoeden de kosten van huur van de benodigde apparatuur tot een maximum van € 840,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huidarts aan ons overleggen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 17 Huisarts

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden:

- de kosten van zorg verleend door een huisarts;
- de kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de laboratoriumkosten alleen wanneer deze zijn gedeclareerd door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland.

Artikel 18 Farmaceutische zorg

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van:

- geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, er bestaat een limitatieve lijst en voor vergoeding van sommige geneesmiddelen moeten wij u goedkeuring geven;
- dieetpreparaten, indien er sprake is van ernstige slik-, passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornis, *een* ernstige voedselallergie, *ernstig chronisch obstructief longlijden*, *ernstige cystische fibrose of ernstig congenitaal hartfalen bij kinderen*;
- verbandmiddelen, indien er sprake is van een ernstige aandoening en langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Op de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor de meeste geneesmiddelen een vergoedingslimiet is vastgesteld. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, vergoeden wij slechts tot de vergoedingslimiet.

Voorwaarden voor vergoeding

- De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige en moet geleverd worden door een in Nederland gevestigde *gecontracteerde* apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- De kosten van geneesmiddelen die zonder recept bij een apotheek *of drogist* zijn te verkrijgen, *komen in principe niet voor vergoeding in aanmerking. Voor een beperkte groep van deze geneesmiddelen geldt dat zij, wanneer zij zijn voorgeschreven door de behandelend arts, wel vergoed worden bij chronisch gebruik. Ook op deze beperkte groep geneesmiddelen is het GVS van toepassing.*
- De kosten van apotheekbereidingen vergoeden wij alleen wanneer er sprake is van rationele geneesmiddelentherapie.
- De kosten van dieetpreparaten vergoeden wij alleen wanneer wij vooraf onze goedkeuring hebben verleend.

ZilverPakket

Wij vergoeden de eigen bijdrage (bovenlimietprijs) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van de ziektenfondsverzekering. Vergoeding vindt plaats tot een maximum van €91,-- per persoon per kalenderjaar.

Artikel 19 Fysiotherapie en oefentherapie

Ziektenfondsverzekering

Wij vergoeden:

- de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, tot een maximum van 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar;
- voor kinderen tot 18 jaar de kosten van behandeling door een kinderrfysiotherapeut, tot een maximum van 18 behandelingen per indicatie per kalenderjaar;
- de kosten van behandeling door een oefentherapeut, tot een maximum van 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar;
- de kosten van nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut, als aanvulling op de eerste 9 behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut;
- de kosten van het noodzakelijk aantal behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut bij bepaalde chronische aandoeningen, er bestaat een limitatieve lijst waarop deze aandoeningen worden genoemd.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van:

- maximaal 9 behandelingen fysiotherapie per indicatie, per kalenderjaar, als aanvulling en aansluitend op de behandelingen fysiotherapie die u op grond van de ziektenfondsverzekering vergoed heeft gekregen, tenzij door ons aanvullende afspraken zijn gemaakt met de fysiotherapeut;
- maximaal 9 behandelingen oefentherapie per indicatie, per kalenderjaar, als aanvulling en aansluitend op de behandelingen oefentherapie die u op grond van de ziektenfondsverzekering vergoed heeft gekregen.

Artikel 20 Ergotherapie

Ziektenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een door ons gecontracteerde ergotherapeut *per kalenderjaar*. Wij vergoeden maximaal 10 uur per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Artikel 21 Logopedie

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een logopedist.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist.

Uitsluiting

Onder logopedie wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie (tenzij er sprake is van logopedische problemen van medische aard), en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van anderstaligheid.

Artikel 22 Stottertherapie

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- *volgens de Hausdorfermethode van het Instituut Natuurlijk Spreken te Deurningen, of*
- in het instituut "De Pauw" te Lisse.

Wij vergoeden per persoon maximaal € 908,-- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 23 Alternatieve geneeswijzen, - therapieën en - geneesmiddelen

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve genezers;
- consulten van alternatieve therapeuten;
- homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Wij vergoeden 75% van de kosten tot maximaal € 454,-- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een (*huis*)arts.
- De homeopathische geneesmiddelen moeten een volledig homeopathische samenstelling hebben.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- De alternatieve genezer of therapeut moet voldoen aan de kwaliteitseisen die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn.

Artikel 24 Hulpmiddelen

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van:

- aanschaf van hulpmiddelen; hiervoor geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage;
- hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven;
- het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
- reservehulpmiddelen;

overeenkomstig de *regeling* Hulpmiddelen 1996.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven, waarbij we beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- Voor veel hulpmiddelen kunt u gebruik maken van door ons gecontracteerde leveranciers. Als dit het geval is, geven *wij* dit bij onze toestemming aan.
- Voor een aantal hulpmiddelen geldt een maximering of een gebruiksnorm.

ZilverPakket

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van de ziekenfondsverzekering. Hierbij gelden de volgende beperkingen:

- De vergoeding voor pruiken vullen we aan tot maximaal € 341,--.
- De eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een hoortoestel of een tinnitusmaskeerder vergoeden wij tot een maximum van € 182,-- per apparaat.
- Wij vergoeden niet de eigen bijdrage (besparingbijdrage) die u verschuldigd bent bij de aanschaf van semi-orthopedisch schoeisel, orthopedisch maatschoeisel en allergeenvrije schoenen.
- Wij vergoeden niet de eigen bijdrage voor een gebitsprothese.

ZilverPakket

Wij vergoeden de abonnementskosten in verband met het gebruik van een alarmeringssysteem.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien u recht heeft op vergoeding van installatie- en huurkosten op grond van de ziekenfondsverzekering.
- Wij vergoeden de kosten alleen wanneer het systeem wordt geleverd door een leverancier waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten.

ZilverPakket

Wij vergoeden plakstrips voor de bevestiging van uitwendig te dragen mammaprothesen na borstamputatie.

Artikel 25 Plaswekker

ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van een plaswekker.

Wij vergoeden maximaal € 100,- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 26 Verloskundige zorg en bevalling

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden:

- de kosten van verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts;
- de kosten van het gebruik van de verloskamer, indien de bevalling op medische indicatie plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch) of kraaminrichting;
- een gedeelte van de kosten van het gebruik van de verloskamer, indien er geen medische indicatie voor bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting bestaat.

Artikel 27 Kraamzorg

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van kraamzorg:

- thuis, er geldt een eigen bijdrage per uur;
- in het ziekenhuis, er geldt een eigen bijdrage als u zonder medische indicatie in het ziekenhuis verblijft.

U krijgt maximaal de eerste 10 dagen na de bevalling kraamzorg.

ZilverPakket

Wij vergoeden :

- een gedeelte van de eigen bijdrage kraamzorg die u op grond van de ziekenfondsverzekering verschuldigd bent. Bij kraamzorg thuis vergoeden wij aanvullend € 2,-- per uur; bij kraamzorg in een ziekenhuis of kraaminrichting vergoeden wij aanvullend € 16,-- per dag.

- de kosten van zogenoemde uitgestelde kraamzorg. Indien u op grond van uw ziekenfondsverzekering geen aanspraak meer heeft op kraamzorg, vanwege het feit dat u langer dan 10 dagen na de dag van de bevalling in het ziekenhuis bent verbleven, vergoeden wij de kosten van 15 uur kraamzorg thuis.

Artikel 28 Uitkering bij adoptie

ZilverPakket

Nadat een **wettig** geadopteerd kind is bijgeschreven in uw ziekenfondsverzekering, krijgt u van ons een eenmalige uitkering van **€ 1096,-**.

Artikel 29 Ziekenvervoer

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van:

- ziekenvervoer per ambulance: volledig;
- taxivervoer, indien om medische redenen openbaar vervoer niet mogelijk is: een vast bedrag moet u zelf betalen, daarna volledig;
- eigen auto, indien om medische redenen openbaar vervoer niet mogelijk is: een vast bedrag moet u zelf betalen, daarna vergoeding per kilometer;
- openbaar vervoer: een vast bedrag moet u zelf betalen, daarna volledig.

Voorwaarde voor vergoeding

Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw ziekenfondsverzekering vergoeden.

Artikel 30 Buitenland

Ziekenfondsverzekering

- 30.1 Medische zorg bij verblijf in het buitenland i.v.m. vakantie of studie
Wij vergoeden de kosten van spoedeisende medische zorg bij verblijf in het buitenland vanwege vakantie of studie, volgens de daarvoor geldende internationale verdragen. Dit betekent dat wij slechts kosten vergoeden volgens de wettelijke bepaling van het land waar u tijdelijk verblijft. De vergoeding geldt niet wereldwijd. U kunt er alleen aanspraak op maken in de volgende landen: België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Groot Britannië, Ierland, IJsland, Italië, Liechtenstein, Luxemburg, Noorwegen, Oostenrijk, Portugal, Spanje, Zweden, Bosnië-Herzegovina, Joegoslavië, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Slovenië, Tunesië, Turkije, **Australië**.
- 30.2 Medische zorg bij verblijf in het buitenland i.v.m. beroepswerkzaamheden
Wij vergoeden de kosten van spoedeisende medische zorg bij verblijf in het buitenland vanwege beroepswerkzaamheden. Deze vergoeding kan gedeeltelijk zijn, afhankelijk van het land van verblijf. De vergoeding geldt tevens voor de medeverzekerden die u in het buitenland vergezellen.

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

- 30.3 Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke spoedeisende zorg in het buitenland, die bij vertrek naar het buitenland redelijkerwijs niet was te voorzien. Ook de eigen bijdragen die u op grond van uw ziekenfondsverzekering (volgens artikel 30.1 en 30.2) moet betalen, worden door ons vergoed.
- Voorwaarden voor vergoeding
- Wij vergoeden de kosten zolang de inschrijving in de ziekenfondsverzekering blijft gehandhaafd.
 - Wij vergoeden slechts die kosten die ook in Nederland worden vergoed.
 - U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via **de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International**
- Uitsluiting
- Wij vergoeden geen kosten indien het verblijf uitsluitend of mede bedoeld is om aldaar een medische behandeling te ondergaan.

- Wij vergoeden geen kosten indien het verblijf een aaneengesloten periode van zes maanden overschrijdt.

Artikel 31 Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden:

- de kosten van ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar de woonplaats in Nederland;
- de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen na vooraf *verleende goedkeuring* via *de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International*.

Artikel 32 Interkuur

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij *geven* maximaal één keer per kalenderjaar een tegemoetkoming in de kosten van door *de Stichting* Interkuur te Noordwijk georganiseerde kuurreizen voor patiënten met aandoeningen aan het bewegingsapparaat, te weten de ziekte van Bechterew of reumatoïde artritis.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. Goedkeuring voor deelname aan een kuurreis is afhankelijk van een beoordeling door de geneeskundig adviseur van *de Stichting* Interkuur.

Artikel 33 Herstellingsoorden

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden 75% van de kosten van opnemings in door ons gecontracteerde herstellingsoorden voor somatische gezondheidszorg. De vergoeding wordt uitgekeerd gedurende een periode van ten hoogste 42 dagen per 5 kalenderjaren.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 34 Therapeutisch kamp voor kinderen tot en met 16 jaar

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden voor kinderen tot en met 16 jaar ~~*vergoeden wij*~~ een gedeelte van de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp. Wij vergoeden € 7,- per dag gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar.

Artikel 35 Eigen bijdrage psychotherapie

ZilverPakket

Wij vergoeden de eigen bijdrage die u moet betalen voor de AWBZ-verstrekking psychotherapie. Wij vergoeden maximaal € 454,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 36 Kortdurende psychologische zorg

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden 75% van de kosten van psychologische zorg tot maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- *Het moet gaan om een kortdurende psychologische behandeling die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling. Kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter vallen buiten de dekking.*
- *De behandelaar is werkzaam als gezondheidszorg psycholoog of als eerstelijns psycholoog*
- *U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts of, bij arbeidsgerelateerde klachten, van een arbo-arts.*

Artikel 37 — Podotherapie

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen. Wij vergoeden 75% van de kosten tot maximaal € 137,— per persoon per kalenderjaar.

Artikel 37 Steunzolen

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden éénmaal per 2 kalenderjaren 50% van de kosten van een paar steunzolen naar gipsmodel of blauwdruk.

Voorwaarde voor vergoeding

De steunzolen moeten zijn voorgeschreven door de behandelend arts.

~~— De steunzolen moeten worden geleverd door een orthopedisch schoentechnicus, een orthopedisch instrumentmaker, een podotherapeut of een podokinesiooloog.~~

Artikel 38 Voetverzorging voor diabetici

ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging voor diabetici door een pedicure die in het bezit is van het certificaat "Voetverzorging bij Diabetici". *Wij vergoeden maximaal € 150,— per persoon per kalenderjaar.*

Artikel 39 Cosmetische behandelingen

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard indien er sprake is van verminking als gevolg van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten van cosmetische vorm- of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van:

- behandeling door een huidtherapeut, inclusief de daarbij gebruikte middelen;
- epilatie;
- chirurgische ingrepen van cosmetische aard die niet op grond van de *ziekenfondsverzekering* worden vergoed.

Wij vergoeden maximaal € 454,— per persoon per 3 kalenderjaren.

~~*Voorwaarde voor vergoeding*~~

~~*De behandeling moet zijn voorgeschreven door een arts.*~~

Artikel 40 Thuiszorg voor gehandicapten en chronisch zieken

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden aan personen die gehandicapt of chronisch ziek zijn de kosten van vervangende zorg, indien zij thuis mantelzorg ontvangen. Wij vergoeden maximaal €84,- per dag en gedurende maximaal 21 dagen per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De zorg moet worden geleverd door de Stichting thuisverzorging van gehandicapten in Houten.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- Wij vergoeden alleen als degene die mantelzorg verleent wegens ziekte of vakantie minimaal 7 aaneengesloten dagen afwezig is.

Artikel 41 Orthodontie

ZilverTandartsPolis

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar 50% van de kosten van orthodontie.

Uitsluiting

In geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid, vergoeden wij geen kosten van reparatie of vervanging.

Uitgebreide ZilverTandartsPolis

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar 75% van de kosten van orthodontie.

Uitsluiting

In geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid, vergoeden wij geen kosten van reparatie of vervanging.

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van orthodontie tot een maximum van €454,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering.

Uitsluiting

In geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid, vergoeden wij geen kosten van reparatie of vervanging.

Artikel 42 Tandheelkundige implantaten

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige implantaten, inclusief de zogenoemde suprastructuur.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door de behandelend kaakchirurg of tandarts.
- Er moet sprake zijn van een tandenloze kaak, waarvoor op geen enkele andere wijze meer een passende prothese te maken is. Wij beoordelen of hiervan sprake is.

Artikel 43 Tandheelkundige zorg - algemeen

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van behandeling door een tandarts.

Uitsluiting

De kosten van gegoten vullingen, kronen, bruggen, implantaten en orthodontische hulp door een tandarts vergoeden wij niet.

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden voor verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van:

- preventief onderhoud (jaarlijkse controle);
- het opsporen van de oorzaken en het wegnemen van protheseklachten;
- chirurgische hulp van specialistische aard, inclusief de kosten van het daarvoor noodzakelijke röntgenonderzoek.

Voorwaarde voor vergoeding

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts.

ZilverTandartsPolis

Wij vergoeden de kosten van de volgende tandheelkundige behandelingen:

- consulten (C-codes m.u.v. C50, C70, C75 en C90) en preventie/mondhygiëne (M-codes), tot maximaal €46,-- *per persoon* per kalenderjaar;
- chirurgische ingrepen van algemene aard (H-codes);
- pulpa- en wortelkanaalbehandeling (E-codes m.u.v. E90, E95 en E97);
- restauraties (V-codes);
- opbeetplaat (codes G62, G63 en G69), tot maximaal €46,-- *per persoon* per kalenderjaar;
- röntgendiagnostiek (X-codes), maximaal 4 foto's *per persoon* per kalenderjaar;
- anesthesie (A-codes), tot maximaal €23,-- *per persoon* per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts. De preventie/mondhygiëne mag ook worden uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist(e).

Uitgebreide ZilverTandartsPolis

Wij vergoeden de kosten van de volgende tandheelkundige behandelingen:

- consulten (C-codes m.u.v. C50, C70, C75 en C90) en preventie/mondhygiëne (M-codes), tot maximaal €46,-- *per persoon* per kalenderjaar;
- chirurgische ingrepen van algemene aard (H-codes);
- pulpa- en wortelkanaalbehandeling (E-codes m.u.v. E90, E95 en E97);
- restauraties (V-codes);
- opbeetplaat (codes G62, G63 en G69), tot maximaal €46,-- *per persoon* per kalenderjaar;
- röntgendiagnostiek (X-codes), maximaal 6 foto's *per persoon* per kalenderjaar;
- anesthesie (A-codes), tot maximaal €46,-- *per persoon* per kalenderjaar;
- parodontologische behandelingen (T-codes), tot maximaal €91,-- *per persoon* per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts. De preventie/mondhygiëne *en de parodontologische behandelingen mogen* ook worden uitgevoerd door een vrijgevestigde mondhygiënist(e).

Artikel 44 Tandheelkundige zorg - kronen, bruggen en inlays

ZilverTandartsPolis

Wij vergoeden 50% van de kosten van kronen, bruggen en inlays (R-codes), inclusief techniekkosten, tot maximaal €227,-- per persoon per kalenderjaar.

Uitgebreide ZilverTandartsPolis

Wij vergoeden 75% van de kosten van kronen, bruggen en inlays (R-codes), inclusief techniekkosten, en tandheelkundige implantaten ter vervanging van maximaal twee natuurlijke tanden of kiezen (I-codes), inclusief techniek- en materiaalkosten tot maximaal €681,-- per persoon per kalenderjaar.

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden 75% van de kosten van kronen, bruggen en inlays (R-codes) tot maximaal €182,-- per persoon per kalenderjaar.

Artikel 45 Tandheelkundige zorg - prothesen

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van:

- een volledig uitneembare prothese, wij vergoeden 75% van de kosten;
- een volledig uitneembare boven- of onderprothese, wij vergoeden 75% van de kosten;
- een prothese op implantaten, er geldt een eigen bijdrage van € 90,-- per boven- of onderprothese;
- een overkappingsprothese (op natuurlijke wortels).

Voorwaarde voor vergoeding

De prothese moet geleverd en gedeclareerd worden door een tandarts. De prothese als bedoeld onder de eerste twee gedachtenstreepjes mag ook geleverd en gedeclareerd worden door een tandprotheticus.

Uitgebreide ZilverTandartsPolis

Wij vergoeden de kosten van prothetische voorzieningen (P-codes en codes I85, I87, I88, I90, I91, I92), inclusief techniekkosten, tot maximaal € 341,-- per persoon per kalenderjaar.

ZilverAanvullendePolis en ZilverPakket

Wij vergoeden per persoon éénmaal in de 5 kalenderjaren de kosten van een blijvende of tijdelijke prothese. Wij vergoeden de volgende kosten:

- volledige prothese € 182,--
- bovenprothese of onderprothese € 91,--
- gedeeltelijke frameprothese € 114,--
- gedeeltelijke kunstharsprothese, inclusief uitbreiding van een bestaande kunstharsprothese € 91,--
- rebasen volledige prothese € 35,--
- rebasen gedeeltelijke prothese € 17,50

Voorwaarde voor vergoeding

De prothese moet geleverd en gedeclareerd worden door een tandarts of tandprotheticus.

Artikel 46 Tandheekkundige zorg voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap

Ziekenfondsverzekering

Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap andere dan normaal gebruikelijke tandheekkundige hulp noodzakelijk is, vergoeden wij de kosten van behandeling door een tandarts. Er geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten uitsluitend voor lichamenlijk en/of verstandelijk gehandicapten die geen aanspraak kunnen maken op tandheekkundige verstrekkingen krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De zorgverlener kan hiervoor een aanvraag bij ons indienen.

Artikel 47 Tandheekkundige zorg in bijzondere gevallen

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van tandheekkundige behandeling in gevallen waarin een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Er geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De zorgverlener kan hiervoor een aanvraag bij ons indienen.

Artikel 48 Orthodontie in bijzondere gevallen

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van een orthodontische behandeling in gevallen waarin een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines vereisen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De zorgverlener kan hiervoor een aanvraag bij ons indienen.

Artikel 49 Achmea health darmcentrale

Achmea health

Wij vergoeden:

- de kosten van het organiseren van de in de artikelen 30 en 31 genoemde hulpverlening door *de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International* te Noordwijk;
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met *de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International*.

Artikel 50 Korting bij opticien

Achmea health

Wij kunnen u nader informeren over de kortingsregeling die door Achmea health is afgesproken.

Artikel 51 Korting op personenalarmering

Achmea health

U heeft recht op een korting op de huur en abonnementskosten in verband met aansluiting op en gebruik van het alarmeringssysteem van ActionLine.

Artikel 52 Second opinion

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van second opinion door een medisch specialist of tandarts.

Artikel 53 Kraampakket

Achmea health

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons een medisch kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het medisch kraampakket minimaal twee maanden voor de verwachte *bevallingsdatum* bij ons aanvragen.

Artikel 54 Uitleen verpleegartikelen

Achmea health

Wij vergoeden voor een periode van maximaal 6 maanden de huurkosten van medisch noodzakelijke artikelen uit het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen, indien deze artikelen niet meer krachtens de AWBZ worden vergoed.

Artikel 55 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Achmea health

Wij vergoeden het gebruik van een bewakingsmonitor ter voorkoming van wiegendood. Wij vergoeden de kosten van huur van een monitor voor een periode van maximaal 18 maanden.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 56 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de volgende ziekten bij een vakantie reis naar het buitenland:

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera;
- hepatitis *A/B*.

Artikel 57 Preventieve onderzoeken

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- *hart- en vaatziekten* (maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.

Artikel 58 Sportmedisch onderzoek

Achmea health

Wij vergoeden per persoon de volgende behandelingen in een sportmedische instelling:

- éénmaal per 24 maanden de kosten van een sportmedisch onderzoek. De eigen bijdrage per onderzoek bedraagt *€ 11,-*;
- tweemaal per kalenderjaar de kosten van een blessureconsult *en/of herhalingsconsult*.

Voorwaarde voor vergoeding

De sportmedische instelling moet erkend zijn en voldoen aan de eisen van de federatie Sport Medische Instellingen.

Artikel 59 Leefstijltrainingen

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van maximaal één leefstijltraining per kalenderjaar georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum *te Dalfsen*. De eigen bijdrage die u verschuldigd bent, bedraagt *€ 102,-* per training.

De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

- training voor hartpatiënten;
- training voor whiplashpatiënten;
- training voor mensen met burn out;
- training stressreductie bij mensen met stotterproblemen.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist *of logopedist (stotterproblemen)*.

Artikel 60 Preventieve cursussen

Achmea health

Wij geven een tegemoetkoming van 75% in de kosten van preventieve cursussen tot *maximaal € 114,- per cursus per persoon per kalenderjaar*.

Wij geven een tegemoetkoming voor de volgende preventieve cursussen:

- afvallen, georganiseerd door een Achmea health centrum of een thuiszorginstelling;
 - hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr of een thuiszorginstelling;
 - eerste hulp bij kinderongevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - EHBO, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging.
- Wij kunnen u informeren over de organisaties waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

Daarnaast geven wij 25% korting op de schriftelijke cursussen:

- Lekker in je vel;
- Lekker gezond;
- Lekker slank.

Deze cursussen worden verstrekt door Achmea health.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

Artikel 61 Voedingsvoorlichting

Achmea health

Wij vergoeden 75% van de kosten van advies door een diëtist, tot maximaal € 114,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland, of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.
- U moet zijn doorverwezen door de huisarts of medisch specialist.

Artikel 62 Kuurcentrum

Achmea health

U heeft recht op een korting bij de volgende kuurcentra:

- Fontana te Nieuweschans;
- Thermaalbad Arcen te Arcen;
- Sanadome te Nijmegen;
- Thermae 2000 te Valkenburg;
- Kuurcentra die vallen onder Thermen & Beauty-groep.

Wij kunnen u nader informeren over de arrangementen die tegen korting beschikbaar zijn.

Artikel 63 Korting op fitness

Achmea health

U heeft bij de vestigingen van Ten Tije Fitness recht op een korting van:

- 50% op het (eenmalige) inschrijfgeld;
- 20% op de contributie;
- 25% op bepaalde cursussen. Wij kunnen u nader informeren over het aanbod aan cursussen waarvoor de korting van toepassing is.

Artikel 64 Wachttijdbemiddeling

Achmea health

Als u een medisch noodzakelijke behandeling moet ondergaan, waarvoor een wachttijd geldt, kunnen wij voor u nagaan of de wachttijd bekort kan worden. Als er mogelijkheden tot het bekorten van de wachttijd zijn, proberen wij te regelen dat u eerder behandeld wordt.

Voorwaarden voor vergoeding

- De mogelijke oplossing moet vallen binnen de dekkingvoorwaarden van uw verzekerde ziektekostenpakket.
- Er moet sprake zijn van een wachttijd voor een medische behandeling of onderzoek in een algemeen of academisch ziekenhuis (niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis of verpleeginrichting) bij:
 - eerste polikliniekbezoek, van tenminste 3 weken;
 - dagbehandeling, van tenminste 4 weken;
 - ziekenhuisopname, van tenminste 6 weken.

Uitsluiting

Wachttijdbemiddeling kan niet worden aangevraagd voor orgaantransplantatie.

Artikel 65 Care for Women

Achmea health

Wij vergoeden 75% van de kosten van consulten van een overgangsconsulent tot maximaal €114,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women.