

AnderZorg Pakket Alternatieve Geneeswijzen

Inhoudsopgave

Artikelnummer

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

Definities	1
Begripsomschrijving	2
Grondslag van de verzekering	3
Aanmelding en aanvang verzekering	4
Premie	5
Herziening van premie en/of verzekeringsvoorwaarden	6
Strekking van de verzekering	7
Indiening en vergoeding van de nota's en verval vorderingsrecht	8
Dekkingsgebied	9
Samenloop van verzekeringen	10
Aansprakelijkheid van derden.....	11
Aanspraak op toezeggingen	12
Opschorting dekking/vervallen rechten	13
Gezins- en adreswijziging	14
Duur en beëindiging van de verzekering	15
Opschorting	16
Opzegging van de verzekering door de Maatschappij	17
Uitsluitingen	18
Geschillen	19
Persoonsgegevens	20
Niet voorziene gevallen	21
Slotbepaling	22
Clausuleblad Terrorismedekking	23

Omvang van de Dekking

Maximale vergoedingen	1
Alternatieve artsen	2
Therapeuten, zijnde geen artsen	3
Geneesmiddelen	4
Röntgen- en laboratoriumonderzoek	5
Overige therapieën	6

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

ARTIKEL 1 Definities

- 1.1 Maatschappij:** Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij AnderZorg N.V.
- 1.2 Verzekeringnemer:** Degene die de verzekeringsovereenkomst met de Maatschappij is aangegaan.
- 1.3 Verzekerde:** Ieder die op het bewijs van bewijs van inschrijving/de polis als zodanig staat vermeld.

ARTIKEL 2 Begripsomschrijvingen

- 2.1 Apotheker:** Een in Nederland gevestigd apotheker, die wettelijk bevoegd is tot de uitoefening van de artsenijs-bereidkunst.
- 2.2 Arts:** Ieder in het bezit van het artsdiploma, die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.
- 2.3 CTG:** College Tarieven Gezondheidszorg.
- 2.4 Hoofdverzekering:** De door de Maatschappij gevoerde particuliere ziektekostenverzekering, de op basis van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen (WTZ) gevoerde verzekering, of de ziekenfondsverzekering afgesloten bij het ziekenfonds van de Maatschappij, niet zijnde de aanvullende verzekering(en) die in combinatie met de hiervoor genoemde hoofdverzekeringen bij de Maatschappij kunnen worden afgesloten.
- 2.5 Laboratorium:** Een door de overheid erkende en in Nederland gevestigd laboratorium voor onderzoek volgens algemeen erkende medisch-wetenschappelijke normen.
- 2.6 Medisch adviseur:** De door de Maatschappij aangewezen arts die de Maatschappij in medische aangelegenheden adviseert.
- 2.7 Tandarts:** Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG.
- 2.8 Verzekeringsduur:** In de "Omvang van de Dekking" wordt onder de term verzekeringsduur verstaan de duur van de bestaande relatie tussen de Maatschappij en de verzekerde, ook indien deze op enig moment voor korte of langere tijd onderbroken wordt.
- 2.9 Wet BIG:** Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.
- 2.10 ZFW:** Ziekenfondswet.
- 2.11 Ziekenhuis:** Een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstanties is erkend.

ARTIKEL 3 Grondslag van de verzekering

- 3.1** Het volledig ingevulde en ondertekende aanmeldingsformulier met de daarin door de verzekeringnemer of de verzekerde gedane al dan niet eigenhandig geschreven mededelingen, alsmede

eventuele schriftelijke gegevens daarbij afzonderlijk door de verzekeringnemer of verzekerde versprekt, gelden als grondslag van deze verzekering.

De Maatschappij kan zonder opgave van redenen een aanvraag afwijzen of bepalen kwalen, ziekten of gebreken van uitkering uit te sluiten; bij een dergelijke uitsluiting blijven de verschuldigde premies ongewijzigd.

3.2 Deze aanvullende verzekering is gekoppeld aan de hoofdverzekering. Indien de hoofdverzekering wordt beëindigd, vervalt het recht op inschrijving.

ARTIKEL 4 Aanmelding en aanvang verzekering

4.1 Bij het aangaan van de verzekering kan men in het algemeen volstaan met het invullen van een aanmeldingsformulier met een vereiste gezondheidsverklaring van de aspirant-verzekerde.

Na acceptatie door de Maatschappij, geadviseerd door de medisch adviseur, gaat de verzekering in op de datum die door de Maatschappij op het bewijs van inschrijving/de polis is vermeld.

4.2 Het Pakket Alternatieve Geneeswijzen kan worden afgesloten door:

- particulier verzekerden met een ziektekostenverzekering van de Maatschappij en die geen dekking voor alternatieve geneeswijzen in hun hoofdverzekering hebben;
- ziekenfondsverzekerden ingeschreven bij het ziekenfonds van de Maatschappij.

4.3 Alleen personen, die de leeftijd van 65 jaar nog niet hebben bereikt, kunnen verzekerd worden.

4.4 De aanvraag kan zonder opgave van redenen door de Maatschappij geweigerd worden.

ARTIKEL 5 Premie

5.1 De premie wordt vastgesteld op basis van de gemaakte kosten en de noodzakelijke voorzieningen en reserveringen. De in rekening te brengen premie dient op de premievervaldatum van de nota te zijn voldaan.

Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van de Maatschappij te vorderen vergoedingen.

5.2 De premie is verschuldigd vanaf de datum van inschrijving. Indien de verzekering niet op de 1e van een maand aanvangt, zal de verschuldigde premie voor de eerste maand naar rato berekend worden.

De premiebetaling eindigt bij beëindiging van de verzekering. Indien deze beëindiging niet plaatsvindt op de laatste dag van enige maand, zal naar rato de teveel betaalde premie gerestitueerd worden.

ARTIKEL 6 Herziening van voorwaarden, premies en/of eigen risico

6.1 De Maatschappij heeft het recht de verzekeringsvoorwaarden, de premies en/of de eigen risico's en bloc danwel regionaal en bloc of groepsgewijs -op een door de Maatschappij vast te stellen datum- te herzien. Bij een (procentuele) premieverhoging zal de verhoging worden berekend over de op dat moment van toepassing zijnde premie. Bij een (procentuele) verhoging van het eigen risico zal de verhoging worden berekend over het van toepassing zijnde eigen risico.

6.2 In geval de herziening de aanspraken voortvloeiend uit de verzekeringsovereenkomst beperkt en/of de premie en/of het eigen risico wordt verhoogd, dan heeft verzekeringnemer -met inachtneming van het gestelde in lid 6.3 en 6.4- het recht de verzekeringsovereenkomst schriftelijk te beëindigen. Indien voornoemde beperking van de aanspraken en/of premieverhoging en/of eigen

risicoverhoging alleen betrekking heeft op een of meer aanvullende verzekeringen, dan kunnen alleen deze aanvullende verzekeringen schriftelijk worden beëindigd en niet de hoofdverzekering.

6.3 Indien de Maatschappij vóór de 31ste dag na de datum van de mededeling over de voorgenomen beperking van de aanspraken, premieverhoging en/of eigen risicoverhoging geen schriftelijk bericht van de verzekeringnemer heeft ontvangen dat deze niet akkoord is met de herziening, wordt de verzekering voortgezet volgens de nieuwe verzekeringsvoorwaarden, premie en/of eigen risico.

6.4 De bevoegdheid tot beëindiging van de verzekeringsovereenkomst bestaat niet in de navolgende gevallen:

- a. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie en/of het eigen risico voortvloeiende uit wettelijke regelingen, wettelijke bepalingen en/of overheidsmaatregelen, waaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat;
- b. bij een herziening van de verzekeringsvoorwaarden, de premie en/of eigen risico betrekking hebbende op het bereiken van een bepaalde leeftijdsgrens door een verzekerde;
- c. een premiewijziging betrekking hebbende op een wijziging van de wettelijke bijdrage/wettelijke eigen risico en/of invoering c.q. wijziging van de nominale AWBZ-premie.

ARTIKEL 7 Strekking van de verzekering

Voor elk op het bewijs van inschrijving/de polis of in een aanhangsel vermelde personen wordt vergoeding verleend van kosten voor de verstrekkingen zoals deze staan omschreven in de "Omvang van de Dekking". Deze artikelen zijn limitatief en tevens gebonden aan een maximale vergoedingshoogte.

Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het CTG. De Maatschappij is generlei vergoeding van kosten verschuldigd en is (conform artikel 251 Wetboek van Koophandel) bevoegd met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum de gehele of gedeeltelijke vernietiging van de verzekeringsvoorwaarden in te roepen, indien de mededelingen in het aanmeldingsformulier, dan wel de afzonderlijke gegevens, in strijd met de waarheid waren of omstandigheden verzwegen werden, welke van dien aard zijn dat de verzekering niet of niet onder dezelfde verzekeringsvoorwaarden zou zijn gesloten, indien de Maatschappij hiervan kennis had gedragen.

ARTIKEL 8 Indiening en vergoeding van de nota's en verval vorderingsrecht

8.1 Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, dient de verzekeringnemer er zorg voor te dragen dat binnen een half jaar na dagtekening van de originele nota deze bij de Maatschappij is ingediend.

8.2 Alle originele nota's dienen op een zodanige wijze gespecificeerd te zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de Maatschappij is gehouden. Kopie-nota's worden door de Maatschappij niet in behandeling genomen.

Computernota's dienen door de hulpverlener door middel van handtekening en naamstempel te zijn gewaarmerkt.

De uitkering op de originele nota kan nooit meer bedragen dan de werkelijk gemaakte kosten.

8.3 Met inachtneming van hetgeen elders in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald, worden ten hoogste de tarieven vergoed, zoals deze zijn vastgesteld door het CTG.

8.4 Elke vordering van een verzekerde jegens de maatschappij vervalt, indien de originele nota's niet binnen 1 jaar na dagtekening van de nota bij de Maatschappij zijn ingediend. Het indienen van

de nota'(s) dient vergezeld te gaan van het polisnummer en de aantekening of de nota wel of niet is betaald en deze te zenden naar het centrale correspondentieadres van de Maatschappij is:

Ziektekosten Verzekeringsmaatschappij
AnderZorg N.V.
Postbus 11072
9700 CB Groningen

ARTIKEL 9 Dekkingsgebied

De dekking van deze aanvullende verzekering is uitsluitend geldig binnen Nederland.

ARTIKEL 10 Samenloop van verzekeringen

Indien, zo deze verzekeringsovereenkomst niet bestond, door verzekeringnemer of verzekerde krachtens een wettelijk geregelde verzekering, een regeling van overheidswege, enigerlei subsidie-regeling dan wel een andere (verzekerings)overeenkomst, ongeacht het tijdstip waarop deze van kracht is geworden c.q. is aangegaan, aanspraak op vergoeding van verzekerde kosten of op verstrekkingen kan worden gemaakt, dan is onderhavige overeenkomst eerst in de laatste plaats geldig.

ARTIKEL 11 Aansprakelijkheid van derden

Verzekerde is verplicht de Maatschappij behulpzaam te zijn bij een mogelijke verhaalszaak waarbij een derde aansprakelijk kan worden gesteld voor de door de Maatschappij geleden schade. Indien sprake is van ziekte of letsel door een ongeval waarvoor een derde mogelijk aansprakelijk kan worden gesteld, dient verzekerde de Maatschappij direct te informeren. Verzekerde verschafft de Maatschappij desgevraagd de inlichtingen die de Maatschappij redelijkerwijs behoeft voor de beoordeling van mogelijke aansprakelijkheid van een derde.

ARTIKEL 12 Aanspraak op toezeggingen

Uitsluitend wanneer de Maatschappij telefonische of mondelinge toezeggingen schriftelijk heeft bevestigd, kan door verzekerde aanspraak worden gemaakt op vergoeding van de betreffende verstrekking(en).

ARTIKEL 13 Opschorting dekking/vervallen rechten

13.1 Bij niet betaling van de premie binnen 30 dagen na de premievervaldatum, vervalt het recht op uitkering, terwijl de verplichting tot premiebetaling blijft bestaan. Ingebrekestelling door de Maatschappij is hiervoor niet nodig.

13.2 Vanaf de eerste dag waarover de achterstallige premie verschuldigd is, tot aan de dag volgend op de dag waarop de achterstallige premie alsnog is voldaan, vervalt het recht op vergoeding; dat wil zeggen dat na het opnieuw van kracht worden van de dekking er geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoedingen van kosten gemaakt of waartoe de noodzaak of de verwachting om deze te maken zich geopenbaard heeft in de periode van opschorting van de dekking, ondanks eventueel eerder afgegeven garantieverklaringen en/of schriftelijke toezeggingen.

13.3 De dekking wordt onder eventueel nader te stellen voorwaarden weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten van invordering door de Maatschappij zijn ontvangen, tenzij de verzekering door de Maatschappij is c.q. wordt beëindigd wegens wanbetaling.

13.4 Indien de Maatschappij maatregelen treft tot incasso van haar vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer.

13.5 Geen rechten aan deze verzekering kunnen worden ontleend in geval verzekerde zich ten tijde van het ontstaan van de kosten zich buiten Nederland heeft gevestigd c.q. zijn/haar vaste woon- of verblijfplaats in het buitenland heeft.

ARTIKEL 14 Gezins- en adreswijziging

14.1 De verzekeringnemer dient aan de Maatschappij schriftelijk mededeling te doen van alle wijzigingen zoals; verandering van adres, verandering van gezinssamenstelling en overlijden en wel binnen één maand nadat de wijziging heeft plaatsgevonden.

14.2 Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bij de Maatschappij bekend adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

ARTIKEL 15 Duur en beëindiging van de verzekering

15.1 Bij toetreding op 1 januari wordt de verzekering aangaan voor de duur van het kalenderjaar en wordt daarna stilzwijgend van jaar tot jaar verlengd.

15.2 In geval de verzekering in de loop van een kalenderjaar aanvangt, wordt de overeenkomst voor het lopende kalenderjaar aangegaan én het daarop volgende kalenderjaar, met dien verstande dat de verzekering daarna stilzwijgend van jaar tot jaar wordt verlengd.

15.3 Opzegging van de verzekering dient uiterlijk vóór 1 oktober van enig jaar bij aangetekend schrijven in het bezit te zijn van de Maatschappij.

15.4 Tussentijdse beëindiging kan alleen plaatsvinden:

- door overlijden van een verzekerde;
- door vestiging in het buitenland;
- bij beëindiging van de hoofdverzekering van de Maatschappij op de bijzondere gronden, die voor de hoofdverzekering van toepassing zijn.

ARTIKEL 16 Opschorting

16.1 Bij opschorting van de particulier hoofdverzekering, waarbij de verplichte ziekenfondsinschrijving niet bij de Maatschappij plaatsvindt, bestaat de mogelijkheid deze aanvullende verzekering synchroon met de hoofdverzekering op te schorten.

16.2 De verzekering dient binnen 1 jaar na datum van de opschorting te worden hervat. Na deze termijn is er sprake van een nieuwe aanmelding, waarbij de gebruikelijke acceptatievoorwaarden van toepassing zijn met inachtneming van het bepaalde in de artikelen 3 en 7 van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden.

Tijdens de duur van de opschorting is er geen premie verschuldigd.

ARTIKEL 17 Opzegging van de verzekering door de Maatschappij

17.1 De Maatschappij is generlei vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering zonder inachtneming van een opzegtermijn op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen,

indien de verzekeringnemer niet aan de betalingsverplichtingen jegens de maatschappij binnen de gestelde termijnen heeft voldaan, terwijl de verplichting tot betaling met de betrekking tot de vordering blijft bestaan.

17.2 De Maatschappij kan de verzekering beëindigen, in geval:

- a. de verzekerde in strijd met de reglementen of besluiten van de Maatschappij handelt;
- b. de verzekerde de Maatschappij op onredelijke wijze benadeelt;
- c. de verzekerde niet meer in Nederland woonachtig is;
- d. verzekeringnemer of verzekerde zich jegens de Maatschappij schuldig maakt aan bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededelingen of andere ernstige misdragingen.

ARTIKEL 18 Uitsluitingen

18.1 Geen aanspraak kan worden gemaakt op de vergoeding van kosten van (medische) behandeling die een zorgverlener aan zichzelf of zijn/haar gezinsleden in rekening brengt.

ARTIKEL 19 Geschillen

Indien verzekerde zich niet met een beslissing van de Maatschappij kan verenigen dient hij de volgende regels in acht te nemen. Binnen zes weken nadat die beslissing aan hem is meegedeeld zal hij het geschil voorleggen aan de Maatschappij, ter attentie van de afdeling KBB, Postbus 11072, 9700 CB te Groningen. De Maatschappij dient binnen zes weken nadat zij door verzekerde van het geschil op de hoogte is gesteld, daaromtrent te beslissen. Bij gebreke van een beslissing binnen de gestelde termijn wordt de oorspronkelijke beslissing geacht door de Maatschappij te zijn bevestigd. Het vorenstaande is eveneens van toepassing indien verzekerde klachten heeft over de totstandkoming en/of de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst door de Maatschappij.

Verzekerde kan, nadat door de Maatschappij haar definitieve standpunt kenbaar is gemaakt of in geval binnen een periode van zes weken na ontvangst van het geschil of de klacht de Maatschappij niet heeft gereageerd, het geschil of de klacht ter bemiddeling voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN Den Haag. Verzekerde kan het geschil of de klacht ook voorleggen aan de bevoegde burgerlijke rechter.

Op deze verzekeringsovereenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

ARTIKEL 20 Persoonsgegevens

De bij de aanvraag van een verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens worden door de Maatschappij verwerkt voor het accepteren van een aanvraag, het uitvoeren van de verzekering en de wettelijke regelingen. Tevens worden persoonsgegevens verwerkt voor overige activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering, zoals ten behoeve van fraudepreventie, statistische analyses of om te informeren over relevante producten en diensten.

ARTIKEL 21 Niet voorziene gevallen

In alle gevallen, waarin deze verzekeringsvoorwaarden niet voorzien, beslist de Maatschappij.

ARTIKEL 22 Slotbepaling

Deze verzekeringsvoorwaarden treden in werking op 1 januari 2004. Alle voorgaande verzekeringsvoorwaarden komen hiermee te vervallen.

ARTIKEL 23 Clausuleblad Terrorismedekking

bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)

Op de verzekering is het clausuleblad van toepassing ten aanzien van het terrorisme-risico zoals vastgesteld door de NHT.

Omvang van de Dekking

ARTIKEL 1 Maximale vergoedingen

1.1 Terzake van alternatieve geneeswijzen (artikel 2, artikel 3, artikel 5 en artikel 6) wordt voor de in Nederland verleende hulp voor alle behandelingen/onderzoeken tezamen maximaal € 340,- per verzekerde per kalenderjaar vergoed.

1.2 Terzake van geregistreerde geneesmiddelen (artikel 4) wordt, mits deze middelen door een in Nederland gevestigde apotheek of een alternatief arts zijn afgeleverd, maximaal € 227,- per verzekerde per kalenderjaar vergoed.

ARTIKEL 2 Alternatieve artsen

Vergoeding van behandelingen door de navolgende artsen:

2.1 Arts-acupuncturist:

Een in Nederland gevestigde arts of tandarts, die is aangesloten bij de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV), de Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG), de Nederlandse Vereniging van Acupunctuur (NVA), het Nederlandse Genootschap van Acupunctuur (NGVA), de Nederlandse Werkgroep Praktizijns (NWP) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

2.2 Arts-enzymtherapie:

Een in Nederland gevestigde arts, die zich vanuit het Biomedisch Centrum "De Koningshof" te Haarzuilens, het Medisch Centrum "De Hoge Donken" te 's-Hertogenbosch of het Therapeutisch Centrum "Elp" te Elp zelfstandig als enzymtherapeut zich heeft gevestigd.

2.3 Arts-manueel therapeut:

Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

2.4 Arts-Moermantherapie:

Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

2.5 Antroposofisch arts:

Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van verzekeraar en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

2.6 **Arts-fleboloog:** Een arts, die als fleboloog werkzaam is in de groepspraktijk voor flebologen te Terwolde, of een arts die zich van daaruit als fleboloog heeft gevestigd.

2.7 Homeopathisch arts:

Een in Nederland gevestigde homeopaat, die is aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG), Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland

(VHAN) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

2.8 Natuurarts: Een in Nederland gevestigde arts die is aangesloten bij de Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuurlijke Geneeswijzen (ABNG) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

2.9 Arts-proktoloog: Een in Nederland gevestigde arts, die zich gespecialiseerd heeft in de behandelingen van alle aandoeningen van anale klachten.

ARTIKEL 3 Therapeuten, zijnde geen artsen

Vergoed worden de behandelingen door de navolgende therapeuten:

3.1 Chiropractor: Maximaal worden 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar vergoed met een maximumbedrag conform het CTG-tarief van de groep NVMT'-ers per behandeling. Onder een chiropractor wordt verstaan een in Nederland gevestigd chiropractor die is aangesloten bij de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA), de Vereniging ter Bevordering van Alternatieve Geneeswijzen (VBAG) of die staat geregistreerd bij de Stichting Chiropractie Nederland (SCN) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

3.2 Natuurgeneeskundige: Een in Nederland gevestigde therapeut, die is opgeleid tot natuurgeneeskunde en die aangesloten is en geregistreerd staat bij de Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de natuurlijke geneeskunde (NWP).

3.3 Homeopaat: Een in Nederland gevestigde therapeut, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Klassieke Homeopathen (NVKH), de Nederlandse Werkgroep Praktizijns (NWP), de Vereniging Beter Natuurlijk (VBN) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

3.4 Acupuncturist: Een in Nederland gevestigde therapeut, die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde (ZHONG), de Nederlandse Vereniging van Acupunctuur (NVA), het Nederlandse Genootschap van Acupunctuur (NGVA), de Nederlandse Werkgroep Praktizijns (NWP) of een daartoe bevoegde zorgaanbieder, die voldoet aan de kwaliteitscriteria van de Maatschappij en op grond daarvan door de Maatschappij als zodanig is erkend.

ARTIKEL 4 Geneesmiddelen

Uitsluitend de navolgende geregistreerde geneesmiddelen komen voor vergoeding in aanmerking:

4.1 Homeopathische middelen: Geneesmiddelen, voorgeschreven door een alternatieve arts of een klassiek homeopaat en afgeleverd door de voorschrijver zelf of door een in Nederland gevestigde apotheek. Alleen geregistreerde geneesmiddelen komen voor vergoeding in aanmerking.

4.2 Antroposofische middelen: Geneesmiddelen, die uit de natuur, uit mineralen, planten en dieren worden gewonnen, waarbij de gehele levenssamenstelling in het geneesmiddel moet zijn opgenomen.

4.3 Fytotherapeutische middelen: Plantaardige geneesmiddelen, voorgeschreven door een alternatieve arts of een natuurgeneeskundige en afgeleverd door de voorschrijver zelf of door een in Nederland gevestigde apotheek.

ARTIKEL 5 Röntgen- en laboratoriumonderzoek

Mits deze verricht zijn door een (alternatief) arts, of op advies van een (alternatief) arts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland zullen de onderzoeken worden vergoed overeenkomstig de door het CTG vastgestelde tarieven.

ARTIKEL 6 Overige therapieën

Mits op voorschrift van een (alternatief) arts worden de kosten vergoed betreffende Hydro/balneo-therapie.

Per behandeling wordt maximaal € 18,- vergoed met een maximum van 10 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

