



Anoz AV SPP Compleet

De voorwaarden, de tandheelkundige
en de antroposofische zorg



Inleiding

Hierbij worden u aangeboden de voorwaarden van de AV SPP Compleet van Anoz Zorgverzekeringen.

De AV SPP Compleet is een aanvullende verzekering speciaal ontwikkeld voor de particulier verzekerden van Anoz Zorgverzekeringen met een StandaardPakket-Polis (SPP). De verzekerde met een StandaardPakket-Polis heeft recht op zorgaanspraken (verstrekkingen en/of vergoedingen) die door de overheid zijn vastgesteld. Echter, niet alle medische voorzieningen vallen geheel of gedeeltelijk onder de StandaardPakket-Polis. De AnozAV SPP Compleet biedt dan letterlijk een "aanvullende verzekering".

De AV SPP Compleet van Anoz Zorgverzekeringen bestaat uit een zeer breed pakket van verstrekkingen en vergoedingen. De voorzieningen die de overheid uit de SPP schrapt worden zo veel mogelijk in deze aanvullende verzekering opgenomen. Zo is er een bijdrage in de kosten van homeopathische geneesmiddelen in de Anoz AV SPP Compleet opgenomen. Ook is er een voorziening voor alternatieve geneeswijzen.

De vergoeding van antroposofische zorg kan apart worden bijverzekerd: de module antroposofische zorg. De voorwaarden voor deze zorg zijn opgenomen in dit boekje. Ze zijn alleen van toepassing wanneer deze module extra is verzekerd. Ook voor de module antroposofische zorg geldt geen medische beoordeling.

Alle verzekerden met een StandaardPakket-Polis bij Anoz Zorgverzekeringen kunnen voor de Anoz AV SPP Compleet worden ingeschreven.

Ieder jaar worden in beginsel vóór 1 januari de omvang, de voorwaarden en de premie van de Anoz AV SPP Compleet vastgesteld. De premie wordt in rekening gebracht voor iedere verzekerde. Kinderen tot 16 jaar zijn gratis meeverzekerd met de ouders.

De voorwaarden zoals deze in dit boekje zijn verwoord gelden vanaf 1 januari 2001.

Apeldoorn, november 2000
Agis Ziektekostenverzekeringen N.V.,
ten deze handelende onder de naam: Anoz Zorgverzekeringen

Inhoudsopgave

1 Dekking	
Omvang van de dekking	6
2 Vergoedingen Anoz AV SPP Compleet	7
Preventie:	
2.1 Antigriepvaccinatie	7
2.2 Medische keuring	7
2.3 Vaccinaties tropische infectieziekten	7
Zorg in uw omgeving:	
2.4 Fysiotherapie	7
2.5 Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck	7
2.6 Bevalling	8
2.7 Anoz Kraamzorg	8
2.8 Zwangerschapsgymnastiek, zwangerschapsyoga en postnatale gymnastiek	8
2.9 Tandheeskundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Inlays (gegoten vullingen), kronen en bruggen.	8
2.10 Tandheeskundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Orthodontie (gebitsregulatie)	9
2.11 Tandheeskundige zorg voor volwassen verzekerden. Reparatie prothese	9
2.12 Tandheeskundige zorg voor volwassen verzekerden. Prothesen	9
2.13 Eerstelijns psychologische hulp	9
2.14 Eigen bijdrage psychotherapeutische zorg	9
2.15 Stottertherapie Del Ferro-methode	10
2.16 Fleboloog of proctoloog	10
2.17 Ergotherapie	10
2.18 Warmwatertherapie	10
2.19 Cursussen	10
2.20 Sportconsult	11
2.21 Alternatieve zorg (excl. Antroposofische zorg)	11
Huidtherapie:	
2.22 Elektrische epilatie	11
2.23 Camouflagetherapie	11
2.24 Acnebehandeling	12
2.25 Manuele lymfedrainage	12
2.26 Psoriasisstuisbehandeling	12
2.27 Psoriasiskuurbehandelingen (binnen- en buitenland)	12
2.28 Kuurbehandelingen ernstig eczeem in Nederland	12
Hulpmiddelen:	
2.29 Orthopedisch schoeisel	13
2.30 Hoortoestel	13
2.31 Pruik	13
2.32 Borstprothese	13
2.33 Podotherapie en orthopedische schoeiselaanpassingen	13
2.34 Brillenglazen/contactlenzen	13
2.35 Plaswekker	14
2.36 Thuismonitor	14
Bijzondere (ziekenhuis)zorg:	
2.37 Second Opinion	14

2.38	Privé-kliniek	14
2.39	Whiplash	14
2.40	Kuurbehandelingen (reumatische aandoeningen in binnen- en buitenland)	14
2.41	Reiskosten ziekenbezoek	15
2.42	Thuiszorg bij vakantie mantelzorgers	15
	Verblijf buitenshuis:	
2.43	Herstellingsoord	15
2.44	Zorghotel	15
2.45	Ronald McDonaldhuis/Kiwanishuis/familiehuis Daniël den Hoed/pension	16
2.46	Pensionkosten na transplantatie	16
	Buitenland:	
2.47	Geneeskundige kosten buitenland	16
2.48	Zorg in het buitenland	17
3	Extra: Antroposofische zorg	18
4	Extra: Aanvullende particuliere ziektekosten verzekering tandheelkundige zorg voor volwassenen	19
	Vergoedingen SPP Tandsolide-Polis	
4.1	Vergoedingen SPP Tandsolide-Polis	19
4.2	Uitgesloten van vergoeding bij SPP Tandsolide-Polis	19
	Vergoedingen SPP Tandsubliem-Polis	
4.3	Vergoedingen SPP Tandsubliem-Polis	19
4.4	Orthodontie voor volwassenen bij SPP Tandsubliem-Polis	20
4.5	Uitgesloten van vergoeding bij SPP Tandsubliem-Polis	20
	Algemene bepalingen extra tandheelkundige zorg	
4.6	Extra verzekering tandheelkundige zorg naast aanvullende particuliere ziektekostenverzekering	20
4.7	Toelating tot extra verzekering tandheelkundige zorg	21
4.8	Ingangsdatum	21
4.9	Geen recht op vergoeding	21
4.10	Tarief	21
5	Algemeen	22
5.1	Aanvullende verzekering	22
5.2	Extra: antroposofische zorg	22
5.3	Extra: aanvullende particuliere ziektekosten verzekering tandheelkundige zorg voor volwassenen	22
5.4	Bedentijd	22
5.5	Wachttijd	22
5.6	Pakketwijziging	23
5.7	Premievaststelling	23
5.8	Premie per verzekerde	23
5.9	Vanaf en tot wanneer is premie verschuldigd	24
5.10	Wijziging van voorwaarden	24
5.11	Zorg in Nederland	24
5.12	Bijzondere gevallen	24
5.13	Toestemming	24
5.14	Declaraties	24
5.15	Aansprakelijkheid derden bij letselschade: ClaimCare	25
5.16	Uitsluiting	25

5.17	Schorsing van rechten	25
5.18	Royement	25
5.19	Incassokosten	26
5.20	Opzegging	26
5.21	Einde SPP = einde aanvullende verzekering	26
5.22	Einde aanvullende verzekering = einde extra verzekering	26
5.23	Aansprakelijkheid van derden	26
5.24	Aansprakelijkheid van Anoz Zorgverzekeringen	26
5.25	Registratie van persoonsgegevens	27
5.26	Klachten	27
6	Lijst van beroepsverenigingen als bedoeld in 2.21	28
7	Begripsomschrijvingen	
	Begripsomschrijvingen	29

1 Dekking

Omvang van de dekking

Vergoedingen op basis van de Anoz AV SPP Compleet worden gedaan - uiteraard in alle gevallen met inachtneming van hetgeen terzake gesteld is in de polisvoorwaarden - ofwel op basis van de door of namens Anoz Verzekeringen met de zorgverleners overeengekomen tarieven, ofwel (als geen tarief is overeengekomen, en er een wettelijk vastgesteld tarief is) op basis van het wettelijk vastgestelde tarief, ofwel (als geen tarief is overeengekomen en er geen wettelijk vastgesteld tarief is) op basis van de kosten zoals deze zich feitelijk voordoen. De vergoeding bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten. Indien en voor zover Anoz Zorgverzekeringen meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt de verzekerde geacht aan Anoz Zorgverzekeringen een volmacht te hebben verleend tot incasso op naam van Anoz Zorgverzekeringen van het aan de zorgverlener teveel betaalde.

2 Vergoedingen Anoz AV SPP Compleet

Preventie:

2.1 Antigriepvaccinatie

De verzekerde heeft eenmaal per kalenderjaar recht op vergoeding van de kosten verbonden aan een antigriepvaccinatie. Het betreft hier de kosten van zowel het consult bij de huisarts als het vaccin. De vergoeding bedraagt maximaal f 45,- per verzekerde per kalenderjaar. Het recht op vergoeding geldt uitsluitend indien de verzekerde niet tot één van de risicogroepen behoort die reeds aanspraak hebben op de antigriepvaccinatie op basis van de desbetreffende subsidie-regeling van het College voor Zorgverzekeringen.

2.2 Medische keuring

De verzekerde heeft eenmaal per kalenderjaar recht op vergoeding van maximaal f 220,- voor een Basisplus Sportmedisch Onderzoek bij een Sport Medisch Adviescentrum (SMA). Uitgesloten van vergoeding zijn keuringen ten behoeve van de aanvraag voor een rijvaardigheidsbewijs, hypotheek, levensverzekering of lening en keuringen uit hoofde van een dienstbetrekking.

2.3 Vaccinaties tropische infectieziekten

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van vaccinaties tegen tropische infectieziekten alsmede malariamiddelen, één en ander overeenkomstig de richtlijnen van het landelijk coördinatiepunt reizigersadviesing, tot in totaal maximaal f 200,- per verzekerde per kalenderjaar.

Zorg in uw omgeving:

2.4 Fysiotherapie

In aanvulling op de aanspraken bij of krachtens de SPP heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten van fysiotherapie, mits de fysiotherapie vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan.

2.5 Oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck

In aanvulling op de aanspraken bij of krachtens de SPP heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten van oefentherapie Cesar/oefentherapie Mensendieck, mits de oefentherapie vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan.

2.6 Bevalling

In aanvulling op de krachtens de SPP heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten van een poliklinische bevalling.

2.7 Anoz Kraamzorg

- 1 De vrouwelijke verzekerde heeft recht op Anoz Kraamzorg. Als de verzekerde van Anoz Kraamzorg gebruik maakt, verzorgt Anoz Zorgverzekeringen de kraamzorg bij de verzekerde thuis. Onderdeel van de AnozKraamzorg is de zogeheten uitgestelde en couveuse-nazorg; op verzoek van de verzekerde wordt na een ziekenhuisopname van zes dagen of langer na de bevalling, gedurende maximaal drie dagen in totaal maximaal 16 uur kraamzorg verleend. De verzekerde die gebruik maakt van Anoz Kraamzorg, ontvangt de Anoz kraamdoos. De verzekerde is geen eigen bijdrage verschuldigd voor Anoz Kraamzorg. De verzekerde dient Anoz Kraamzorg minimaal vier maanden vóór de vermoedelijke bevallingsdatum aan te vragen.

Voor nadere informatie over bijvoorbeeld de voorwaarden waaronder Anoz Kraamzorg wordt geboden en de aanmelding voor Anoz Kraamzorg, kan contact worden opgenomen met het speciale telefoonnummer van Anoz Zorgverzekeringen: 0900-8807 (22 cent per minuut).

2.8 Zwangerschapsgymnastiek, zwangerschapsyoga en postnatale gymnastiek

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van een cursus zwangerschapsgymnastiek, zwangerschapsyoga en/of postnatale gymnastiek, gegeven door een thuiszorgorganisatie. De bijdrage in de kosten is maximaal f 75,- per verzekerde voor één van de genoemde cursussen of - als de verzekerde meerdere cursussen doet - voor de betreffende cursussen gezamenlijk.

2.9 Tandheeskundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Inlays (gegoten vullingen), kronen en bruggen

- 1 De verzekerde jonger dan 18 jaar heeft in aanvulling op de aanspraken krachtens de SPP/AWBZ recht op vergoeding van 75% van de kosten van inlays (gegoten vullingen), kronen en bruggen, tot een maximum van f 750,- per verzekerde per kalenderjaar, doch uitsluitend indien de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts of tandheeskundige instelling. Uitgesloten van vergoeding zijn techniekkosten, materiaalkosten en kosten van laboratoriumonderzoek.
- 2 Indien er sprake is van tandheeskundige zorg ten gevolge van een ongeval, heeft de verzekerde jonger dan 18 jaar in aanvulling op de aanspraken krachtens SPP/AWBZ recht op volledige vergoeding van de kosten van inlays (gegoten vullingen), kronen en bruggen, inclusief techniekkosten en materiaalkosten, doch uitsluitend indien:
 - de behandeling vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan, en
 - de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts of tandheeskundige instelling.

2.10 Tandheelkundige zorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

Orthodontie

De verzekerde jonger dan 18 jaar heeft recht op vergoeding van 100% van de kosten van gebitsregulatie tot een maximum van f 3.000,- voor de duur van de verzekering, doch uitsluitend indien de behandeling wordt uitgevoerd door een orthodontist, tandarts of tandheelkundige instelling. Uitgesloten van vergoeding zijn behandelingen welke geheel esthetisch zijn.

2.11 Tandheelkundige hulp voor volwassen verzekerden.

Reparatie prothese

De verzekerde van 18 jaar of ouder recht op vergoeding van 75% van de techniekkosten verbonden aan reparatie van een partiële onder en/of bovenprothese, tot een maximum van f 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.12 Tandheelkundige zorg voor volwassen verzekerden.

Prothesen

De verzekerde van 18 jaar of ouder heeft recht op een bijdrage in de kosten van het tandheelkundig honorarium en de techniekkosten van een volledige onder- en/of bovenprothese. Deze bijdrage heeft betrekking op het deel van de kosten van een volledige gebitsprothese (te weten 25%) dat niet voor vergoeding vanuit de SPP in aanmerking komt. Recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, een tandheelkundige instelling of een tandprotheticus. De bijdrage is maximaal f 400,- per verzekerde per vijf kalenderjaren voor een volledige onder- en/of bovenprothese.

2.13 Eerstelijns psychologische hulp en psychologische hulp aan (ex)-kankerpatiënten

De verzekerde heeft recht op vergoeding van 75% van de kosten van (eerstelijns) psychologische hulp tot een maximum van f 650,- per verzekerde per twee kalenderjaren. Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de eerstelijns psychologische hulp plaatsvindt op verwijzing van de huisarts en niet wordt gedekt door de AWBZ.
- de eerstelijns psychologische hulp gegeven wordt door een BIG geregistreerde gezondheidszorgpsycholoog;
- de eerstelijns psychologische hulp gegeven wordt door een psycholoog erkend door een integraal kankercentrum;
- de eerstelijns psychologische hulp gegeven wordt door het Taborhuis;
- de eerstelijns psychologische hulp gegeven wordt door een lid van het gilde van Simontontherapeuten.

2.14 Eigen bijdrage psychotherapeutische zorg

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de eigen bijdrage die geldt bij gebruikmaking van de aanspraak op psychotherapeutische zorg (verleend door of vanwege RIAGG of door psychiater) op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

2.15 Stottertherapie Del Ferro-methode

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van stottertherapie volgens de zogeheten Del Ferro-methode, mits de therapie plaatsvindt op verwijzing van de huisarts. De bijdrage is maximaal f 1.000,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

2.16 Fleboloog of proctoloog

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van consult en behandeling bij een arts die praktiseert als fleboloog of proctoloog, mits consult en behandeling plaatsvinden op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist. De genoemde kosten worden vergoed tot in totaal maximaal f 750,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

2.17 Ergotherapie

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van consult en behandeling door een ergotherapeut, mits consult en behandeling plaatsvinden op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist. De genoemde kosten worden vergoed tot in totaal maximaal f 300,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.18 Warmwatertherapie

Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van oefentherapie in groepsverband in extra verwarmd water (warmwatertherapie). Recht op vergoeding van de kosten van warmwatertherapie bestaat uitsluitend indien:

- de warmwatertherapie plaatsvindt op verwijzing van de behandelend reumatoloog of revalidatie-arts, en
- de behandeling wordt verleend door een fysiotherapeut, een oefentherapeut Cesar of een oefentherapeut Mensendieck die specifiek voor warmwatertherapie een schriftelijke overeenkomst is aangegaan met Anoz Zorgverzekeringen.

De kosten worden vergoed tot maximaal f 300,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.19 Cursussen

De verzekerde heeft per kalenderjaar recht op een bijdrage in de kosten van maximaal één van de in dit artikel bedoelde cursussen. Voor deze bijdrage komt in aanmerking een cursus, gegeven door een thuiszorgorganisatie of een RIAGG, die betrekking heeft op één van de volgende onderwerpen:

- stoppen met roken;
- gezond eten;
- omgaan met spanningen en stress;
- omgaan met ziektevrees;
- bekkenbodemtraining in verband met incontinentie.

Voor de bijdrage komt tevens in aanmerking een cursus met als onderwerp rug- en schouderklachten, gegeven door een aanbieder die voorkomt op een door Anoz Zorgverzekeringen gehouden lijst.

De bijdrage is maximaal f 75,- per verzekerde per kalenderjaar.

Zie voor de vergoeding van de cursussen zwangerschapsgymnastiek, zwangerschapsyoga en postnatale gymnastiek 2.8.

2.20 Sportconsult

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van een consult bij een Sport Medisch Adviescentrum (SMA), mits het consult plaatsvindt op verwijzing van de huisarts of de behandelend specialist. Per kalenderjaar wordt maximaal f 125,- voor een eerste en één controleconsult vergoed.

2.21 Alternatieve zorg (excl. antroposofische zorg)

- 1 Vergoed worden - met inachtneming van de in 2.21 genoemde maxima - de kosten van acupunctuur, chiropractie, haptotherapie, homeopathie, manuele therapie/manuele geneeskunde, neuuraaltherapie, natuurgeneeswijze en orthomoleculaire geneeskunde, mits toegepast door een bevoegde arts, tandarts, fysiotherapeut, oefentherapeut (Cesar of Mensendieck), klassiek homeopaat, haptotherapeut of chiropractor, die lid is van de desbetreffende beroepsvereniging welke voorkomt op de daartoe door Anoz Zorgverzekeringen gehouden lijst, welke lijst u achterin dit voorwaardenboekje aantreft, en die door de desbetreffende vereniging op basis van het lidmaatschap en/of de registratie wordt erkend als zijnde gerechtigd tot het voeren van de betreffende praktijk.
De vergoeding van de kosten van consulten/behandelingen bedraagt:
 - a eenmaal per kalenderjaar maximaal f 100,- van de kosten van het eerste consult voor homeopathische zorg of acupunctuur;
 - b overigens: maximaal f 50,- van de kosten per consult/behandeling, waarbij geldt dat per etmaal maximaal één consult/behandeling voor vergoeding in aanmerking komt, ook in geval van een consult/behandeling in combinatie met een eerste consult als bedoeld bij a.
- 2 Vergoed worden verder - met inachtneming van het in lid 3 van 2.21 genoemde maximum - de kosten van geregistreerde homeopathische middelen (voor zover deze niet geacht kunnen worden te voorzien in dagelijkse behoeften, zoals voedings- en versterkende middelen), mits voorgeschreven door een arts en betrokken van een in Nederland gevestigde apotheek of apotheekhoudend huisarts.
- 3 De onder 1 en 2 genoemde kosten worden vergoed tot in totaal maximaal f 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

Huidtherapie:

2.22 Electriche epilatie of laserepilatie

De vrouwelijke verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van electriche epilatie of laserepilatie wegens overmatige beharing in gelaat en/of hals, doch uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend arts, en
- de behandeling wordt verleend door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut.

De bijdrage is maximaal f 2.400,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

2.23 Camouflagetherapie/tepelhoftatoeage

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van lessen en materialen in verband met camouflagetherapie en de kosten van tepelhoftatoeage bij reconstructie van de borst na mamma-amputatie, doch uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend arts, en
- de behandeling wordt verleend door een huidtherapeut.

De bijdrage is maximaal f 500,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

2.24 Acnebehandeling

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van acnebehandeling, doch uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend arts, en
- de behandeling wordt verleend door een huidtherapeut.

De bijdrage is maximaal f 500,- per verzekerde voor de duur van de verzekering.

2.25 Manuele lymfedrainage

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van manuele lymfedrainage, doch uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend arts, en
- het gaat om manuele lymfedrainage na bestraling of mamma-amputatie, en
- de behandeling wordt verleend door een huidtherapeut.

De bijdrage is maximaal f 1.200,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.26 Psoriasisthuisbehandeling

De verzekerde die lijdt aan psoriasis heeft recht op een bijdrage in de kosten van huur of aankoop van een UV-B bestralingsunit ten behoeve van thuisbehandeling, doch uitsluitend indien de huur of aankoop van de UV-B bestralingsunit plaatsvindt op voorschrift van de behandelend dermatoloog. De bijdrage bij huur van een UV-B bestralingsunit bedraagt maximaal f 1.200,- per kalenderjaar. De bijdrage bij aankoop van een UV-B bestralingsunit bedraagt eenmaal per vijf kalenderjaren 50% van de aankoopprijs. Nadere voorwaarde bij aankoop van een UV-B bestralingsunit is dat de aankoop dient plaats te vinden bij een leverancier die daartoe met Anoz Zorgverzekeringen een overeenkomst heeft gesloten.

2.27 Psoriasis kuurbehandelingen (binnen- en buitenland)

De verzekerde bij wie sprake is van ernstig psoriasis-lijden komt in aanmerking voor een bijdrage in de kosten van kuurbehandeling in Nederland of in het buitenland. Recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend dermatoloog. In overleg met de verzekerde bepaalt Anoz Zorgverzekeringen het kuuroord. De bijdrage is maximaal f 1.200,- per verzekerde per kalenderjaar. Eventuele annuleringskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2.28 Kuurbehandelingen ernstig eczeem in Nederland

De verzekerde van zes jaar of ouder die lijdt aan ernstig chronisch constitutioneel eczeem heeft recht op een bijdrage in de kosten van kuurbehandeling in Nederland (Ede), mits de behandeling plaatsvindt op verwijzing van de behandelend dermatoloog. De bijdrage is maximaal f 600,- per verzekerde per kalenderjaar.

Hulpmiddelen:

2.29 Orthopedisch schoeisel

De verzekerde heeft recht op een tegemoetkoming in de eigen bijdrage die geldt als hij gebruik maakt van de aanspraak op orthopedisch schoeisel krachtens de SPP. De tegemoetkoming bedraagt maximaal f 62,50 per paar schoenen.

2.30 Hoortoestel

Indien bij verstrekking van een hoortoestel krachtens de SPP de kosten van het hoortoestel hoger zijn dan de vergoeding krachtens de SPP, heeft de verzekerde recht op een aanvullende bijdrage in de niet krachtens de SPP vergoede kosten. Deze aanvullende bijdrage is maximaal f 100,- voor een mono-aanpassing en maximaal f 200,- voor een stereo-aanpassing.

2.31 Pruik

Indien bij verstrekking van een pruik krachtens de SPP de kosten van de pruik hoger zijn dan de vergoeding krachtens de SPP, kan de verzekerde in aanmerking komen voor een aanvullende bijdrage in de niet krachtens de SPP vergoede kosten, doch uitsluitend indien de aanschaf van de pruik het gevolg is van alopecia totalis behandeling met cytostatica en/of bestraling. De aanvullende bijdrage is maximaal f 150,-.

2.32 Borstprothese

Indien bij verstrekking van een uitwendige borstprothese krachtens de SPP de kosten van de prothese hoger zijn dan de vergoeding krachtens de SPP, heeft de verzekerde recht op een aanvullende bijdrage in de niet krachtens de SPP vergoede kosten. Deze aanvullende bijdrage is maximaal f 200,-.

2.33 Podotherapie en orthopedische schoeiselaanpassingen

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van consult, behandeling en orthopedische schoeiselaanpassingen bij c.q. door:

- een podotherapeut die lid is van de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten;
- een orthopedisch instrumentmaker;
- orthopedisch schoenmaker.

Voor de bijdrage in de kosten van de consulten, behandelingen en orthopedische schoeiselaanpassingen geldt een gezamenlijk maximum van f 300,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.34 Brillenglazen/contactlenzen

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van brillenglazen en/of contactlenzen met een sterkte van sferisch of cilindrisch of additie 2 dioptrieën of meer. De bijdrage is maximaal f 250,- per vijf kalenderjaren. Kosten van monturen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2.35 Plaswekker

De verzekerde van 7 jaar of ouder heeft gedurende de looptijd van de verzekering eenmaal recht op vergoeding van huurkosten en materiaalkosten van een enuresis(plas)wekker, met dien verstande dat de vergoeding wordt verleend voor een aaneengesloten periode van maximaal drie maanden.

2.36 Thuismonitor

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de huurkosten van bewakings-apparatuur in de thuissituatie, ter voorkoming of bekorting van verblijf in een ziekenhuis, mits de vergoeding vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan.

Bijzondere (ziekenhuis)zorg:

2.37 Second opinion

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van het raadplegen van een andere dan de behandelend specialist, indien de behandelend specialist een ingrijpende medische behandeling heeft voorgesteld. Vergoed worden de kosten van maximaal één consult (second opinion) per verzekerde per kalenderjaar.

2.38 Privé-kliniek / Zelfstandig Behandel Centrum

Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten van zorg in een privé-kliniek/zelfstandig behandelcentrum, voorkomend op een door Anoz Zorgverzekeringen gehouden lijst. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend, indien de behandeling vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan.

2.39 Whiplash

De verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van consult bij en behandeling door het Whiplash Centrum Nederland, tot maximaal f 650,- per verzekerde per twee kalenderjaren.

2.40 Kuurbehandelingen in verband met reumatische aandoeningen

De verzekerde die onder behandeling is van een reumatoloog heeft recht op een bijdrage in de kosten van kuurbehandeling in verband met reumatische aandoeningen in Nederland of in het buitenland, doch uitsluitend indien de kuurbehandeling vooraf door de behandelend reumatoloog bij Anoz Zorgverzekeringen wordt aangevraagd, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan. De bijdrage is maximaal f 1.200,- per verzekerde per kalenderjaar. Eventuele annuleringskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

2.41 Reiskosten ziekenbezoek

De verzekerde kan in aanmerking komen voor vergoeding van reiskosten in verband met bezoek aan een in een algemeen ziekenhuis (niet zijnde een algemeen psychiatrisch ziekenhuis) opgenomen kind (tot 18 jaar), echtgenoot of partner. Recht op vergoeding van reiskosten geldt uitsluitend indien:

- ook de patiënt die bezocht wordt bij Anoz Zorgverzekeringen verzekerd is (ziekenfonds of particulier), en
- de enkelvoudige afstand tussen het woonadres van de bezoeker en het ziekenhuis 40 kilometer of meer bedraagt, en
- de totale duur van één opname een aaneengesloten periode van vier weken overschrijdt.

Vergoed worden de kosten van openbaar vervoer, tweede klasse.

Bij gebruik van een auto geldt een vergoeding per kilometer conform de kilometervergoeding zoals vermeld in het Besluit ziekenvervoer ziekenfondsverzekering.

Deze kilometervergoeding wordt jaarlijks vastgesteld. In 2000 bedroeg de vergoeding f 0,40 per kilometer. De reiskosten worden vergoed tot maximaal f 500,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.42 Thuiszorg bij vakantie mantelzorgers

De gehandicapte verzekerde die voor de dagelijkse verzorging is aangewezen op verzorging thuis door familie en/of andere mantelzorgers heeft per kalenderjaar gedurende maximaal 15 dagen verdeeld over maximaal twee perioden recht op vergoeding van de kosten van thuiszorg in verband met afwezigheid wegens vakantie van de mantelzorgers, te verlenen door de Stichting thuiszorg voor gehandicapten, doch uitsluitend indien de thuiszorg vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Verzekeringen en door Anoz Verzekeringen wordt toegestaan. Uit de aanvraag dient te blijken dat de verzekerde voor de dagelijkse verzorging langdurig is aangewezen op verzorging thuis door familie en/of andere mantelzorgers.

Verblijf buitenshuis:

2.43 Herstellingsoord

De verzekerde kan in aanmerking komen voor een bijdrage in de kosten van verblijf in een herstellingsoord voor lichamelijke klachten, ter bekorting van verblijf in een ziekenhuis. Het herstellingsoord dient voor te komen op een door Anoz Zorgverzekeringen gehouden lijst. Recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien de bijdrage vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan. De bijdrage is maximaal f 150,- per verzekerde per dag en wordt maximaal eenmaal per drie kalenderjaren gegeven voor een periode van maximaal 42 dagen.

2.44 Zorghotel

De verzekerde kan in aanmerking komen voor een bijdrage in de kosten van verblijf in een zorghotel, dat daartoe een overeenkomst heeft gesloten met Anoz Zorgverzekeringen. Recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien de bijdrage vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan. De bijdrage is maximaal f 150,- per verzekerde per dag voor een periode van maximaal 21 dagen per opname.

2.45 Ronald McDonalddhuis/Kiwanishuis/ familiehuis Daniël den Hoed/pension

De verzekerde (ouder/verzorger) kan in aanmerking komen voor een bijdrage in de kosten van verblijf in een Ronald McDonalddhuis, het Kiwanishuis te Beverwijk, het familiehuis Daniël den Hoed te Rotterdam of een pension, wanneer een kind (tot 18 jaar) ernstig ziek is opgenomen. Recht op de bijdrage in de verblijfkosten bestaat uitsluitend indien:

- ook het kind dat bezocht wordt bij Anoz Zorgverzekeringen verzekerd is (ziekenfonds of particulier), en
- de enkelvoudige afstand tussen het woonadres van de bezoeker en het ziekenhuis 40 kilometer of meer bedraagt, en
- de vergoeding van de verblijfkosten vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan. De bijdrage is maximaal f 25,- per verzekerde per nacht.

2.46 Pensionkosten na transplantatie

De verzekerde kan in aanmerking komen voor een bijdrage in de kosten van verblijf in of nabij een ziekenhuis, wanneer de partner een transplantatie van hart, lever, beenmerg, alveesklier, nier en/of long ondergaat. Recht op de bijdrage bestaat uitsluitend indien:

- ook de partner bij Anoz Zorgverzekeringen verzekerd is (ziekenfonds of particulier), en
- de enkelvoudige afstand tussen het woonadres van de bezoeker en het ziekenhuis 40 kilometer of meer bedraagt, en
- de vergoeding van de verblijfkosten vooraf door of namens de verzekerde wordt aangevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen, en door Anoz Zorgverzekeringen wordt toegestaan. De bijdrage bedraagt maximaal f 25,- per verzekerde per nacht.

2.47 Geneeskundige kosten buitenland

De verzekerde heeft bij een verblijf in het buitenland, dat maximaal 90 dagen duurt, recht op vergoeding van ziektekosten. Hierbij gelden de volgende bepalingen:

- a Het recht op vergoeding van ziektekosten bestaat uitsluitend indien voldaan is aan de volgende voorwaarden:
 - het verblijf in het buitenland heeft niet uitsluitend of mede ten doel aldaar een opname of behandeling te ondergaan, en de hulpverlening houdt geen verband met wedstrijd sport;
 - de hulpverlening heeft een spoedeisend karakter en kan niet kan worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland;
 - ingeval van noodsituaties en bij opname in een ziekenhuis dient overleg te hebben plaatsgevonden met de SOS-alarmcentrale.
- b Voor vergoeding komen in aanmerking de kosten die de verzekerde in Nederland vergoed zou krijgen op basis van de SPP, waarbij vergoeding plaatsvindt op basis van de tarieven die gelden in het land waar de verzekerde verblijft, met dien verstande dat:
 - de maxima en eigen bijdragen die in Nederland gelden van toepassing zijn;
 - de kosten verbonden aan opname in een ziekenhuis uitsluitend voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen worden vergoed. Eerst bij onderbreking van deze periode met meer dan 30 dagen kan een nieuwe periode

- aanvangen. Het maximum van 365 dagen geldt ook voor een in het buitenland aangevangen en in Nederland voortgezette behandeling;
- geneesmiddelen uitsluitend worden vergoed onder overlegging van het doktersvoorschrift;
- c Voor vergoeding komen voorts in aanmerking:
- 75% van de kosten van tandheelkundige hulp (exclusief techniekkosten) tot een maximum van f 600,- per verzekerde per kalenderjaar, mits er sprake is van acute pijnklachten;
 - de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van de zieke of gewonde verzekerde vanuit het buitenland naar Nederland (repatriëring);
 - ingeval van overlijden de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland tot een maximum van f 12.500,-;
 - (wanneer van de onder het vorige punt genoemde mogelijkheid geen gebruik wordt gemaakt) de begrafeniskosten of de kosten van crematie ter plaatse en de kosten van vervoer (overkomst en terug) van familieleden in de eerste en tweede graad, tot ten hoogste het bedrag dat het vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland met zich gebracht zou hebben, echter in totaal tot een maximum van f 12.500,-;
 - de kosten van hulpverlening door de SOS-alarmcentrale;
- d Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoersen van munteenheden van verdragslanden vastgesteld door het College voor Zorgverzekeringen. Voor zover er sprake is van een munteenheid van een niet-verdragsland, geldt de omrekenkoers op de dag waarop Anoz Zorgverzekeringen de desbetreffende vergoedingen uitkeert;
- e Indien, zo deze verzekering niet bestond, aanspraak gemaakt zou kunnen worden op uitkering op grond van enige andere verzekering, al dan niet van oudere datum, of op grond van enige wet of andere voorziening, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.

2.48 Zorg in het buitenland

Anoz Zorgverzekeringen kan besluiten om kosten van behandeling in het buitenland te vergoeden. Voorwaarde hiervoor is dat de toestemming wordt gegeven voordat de behandeling plaatsvindt. Anoz Zorgverzekeringen zal alleen toestemming geven, indien er sprake is van een uitzonderlijke situatie en de behandeling in het buitenland naar het oordeel van Anoz Zorgverzekeringen medisch noodzakelijk is.

3 Extra: Antroposofische zorg

De kosten van antroposofische zorg vallen niet onder de dekking van de Anoz AV SPP Compleet. De vergoeding van deze kosten kan wel worden bijverzekerd. De voorwaarden van deze extra verzekering zijn hieronder opgenomen. Deze voorwaarden zijn uiteraard alleen dan van toepassing, als de kosten van antroposofische zorg aanvullend op de Anoz AV SPP Compleet zijn bijverzekerd.

Vergoeding van antroposofische zorg

De verzekerde heeft recht op een bijdrage in de kosten van:

- consult en behandeling bij/door een antroposofisch arts die behandelt volgens de antroposofische geneeswijze en die lid is van de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA);
- de volgende therapieën, mits voorgeschreven door de behandelend arts die praktiseert als antroposofisch arts en die lid is van de NVAA, en gegeven door een lid van de betreffende beroepsvereniging:
 - a dieettherapie;
 - b spraaktherapie;
 - c kunstzinnige therapie;
 - d heileuritmie;
 - e uitwendige therapieën;
- antroposofische middelen, mits voorgeschreven door de huisarts of de behandelend specialist en afgeleverd door een apotheker.

De bijdrage is - met inachtneming van de in de laatste alinea van dit artikel genoemde maximumvergoeding - 80% van de kosten van consult, behandeling en therapieën, en 100% van de kosten van antroposofische middelen. Bij consultatie van een antroposofisch arts in plaats van een consultatiebureau gedurende het eerste levensjaar van een meeverzekerd kind is de bijdrage maximaal f 160,-. De kosten van hiervoor omschreven antroposofische zorg worden - met inachtneming van de per zorgaanspraak genoemde maxima - vergoed tot in totaal maximaal f 1.000,- per verzekerde per kalenderjaar.

4 Extra: Aanvullende verzekering tandheelkundige zorg voor volwassenen

De vergoeding van tandheelkundige zorg voor volwassenen kan apart worden bijverzekerd. De voorwaarden van de betreffende aanvullende verzekeringen (de SPP Tandsolide-Polis en de SPP Tandsubliem-Polis) zijn hieronder opgenomen. Deze voorwaarden zijn uiteraard alleen van toepassing als de verzekerde één van de twee aanvullende verzekeringen voor tandheelkundige zorg heeft afgesloten.

Vergoedingen SPP Tandsolide-Polis:

4.1 Vergoedingen SPP Tandsolide-Polis

De verzekerde van 18 jaar of ouder heeft recht op vergoeding van 75% van de kosten van tandheelkundige zorg - voor zover het betreft alle voorkomende UPT-codes (UPT staat voor Uniform Particulier Tarief) beginnend met de hoofdletters C, E, H, M, V en X - tot een maximum van in totaal f 1.500,- per verzekerde per twee kalenderjaren, doch uitsluitend indien:

- de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt vergoed krachtens de AWBZ, en
- de tandheelkundige zorg wordt verleend door een tandarts, een tandheelkundige instelling, een kaakchirurg, een orthodontist of een mondhygiënist, en
- de tandheelkundige zorg niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De bedoelde UPT-codes hebben betrekking op:

- C: consulten;
- E: wortelkanaalbehandeling;
- H: chirurgische behandelingen;
- M: preventieve behandelingen;
- V: restauraties door middel van plastische materialen;
- X: röntgendiagnostiek.

4.2 Uitgesloten van vergoeding bij SPP Tandsolide-Polis

Uitgesloten van vergoeding zijn techniekkosten, materiaalkosten en de kosten van laboratoriumonderzoek.

Vergoedingen SPP Tandsubliem-Polis

4.3 Vergoedingen SPP Tandsubliem-Polis

- 1 De verzekerde van 18 jaar of ouder heeft recht op vergoeding van 75% van de kosten van tandheelkundige zorg - voor zover het betreft alle voorkomende UPT-codes (UPT staat voor Uniform Particulier Tarief) beginnend met de hoofdletters A, C, E, H, M, P, R, T, V en X - tot een maximum van in totaal f 3.000,- per verzekerde per twee kalenderjaren, doch uitsluitend indien:

- de betreffende tandheelkundige zorg niet wordt vergoed krachtens de AWBZ, en
- de tandheelkundige zorg wordt verleend door een tandarts, een tandheelkundige instelling, een kaakchirurg, een orthodontist of een mondhygiënist, en

- de tandheelkundige zorg niet ondoelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De bedoelde UPT-codes hebben betrekking op:

- A: anesthesie
 - C: consulten;
 - E: wortelkanaalbehandeling;
 - H: chirurgische behandelingen;
 - M: preventieve behandelingen;
 - P: prothetische behandelingen (kunstgebitten en plaat- of frameprothesen);
 - R: kronen, bruggen en inlays;
 - T: tandvlesbehandelingen;
 - V: restauraties door middel van plastische materialen;
 - X: röntgendiagnostiek.
- 2 De verzekerde van 18 jaar en ouder heeft voorts recht op vergoeding van 75% van aan de tandheelkundige zorg verbonden techniekkosten tot een maximum f 600,- per verzekerde per twee kalenderjaren.

4.4 Orthodontie voor volwassenen bij SPP Tandsubliem-Polis

De verzekerde van 18 jaar of ouder heeft recht op vergoeding van de kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist tot een maximum van f 4.000,- voor de duur van de verzekering.

4.5 Uitgesloten van vergoeding bij SPP Tandsubliem-Polis

Uitgesloten van vergoeding zijn materiaalkosten en kosten van laboratorium-onderzoek.

Algemene bepalingen extra verzekering van kosten van tandheelkundige zorg

In aanvulling op de algemene voorwaarden van de aanvullende verzekering zijn voor de extra verzekeringen van kosten van tandheelkundige zorg, de SPP Tandsolide-Polis en de SPP Tandsubliem-Polis, de volgende voorwaarden van kracht.

4.6 Extra verzekering van kosten van tandheelkundige zorg naast aanvullende verzekering

- 1 Naast de aanvullende verzekering op de SPP van Anoz Zorgverzekeringen kan vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg voor volwassenen (onder voorbehoud van medische acceptatie) aanvullend worden verzekerd. De betreffende aanvullende verzekeringen kunnen alleen worden afgesloten in combinatie met één van de aanvullende verzekeringen op de SPP van Anoz Zorgverzekeringen.
- 2 De aanvullende verzekeringen terzake van tandheelkundige zorg voor volwassenen zijn gezinsverzekeringen. Deze extra verzekeringen gelden dan tevens voor eventuele medeverzekerden van 18 jaar of ouder.

4.7 Toelating tot extra verzekering tandheelkundige zorg

Anoz Tandsolide-Polis

Voor de Anoz Tandsolide-Polis geldt geen voorbehoud van medische acceptatie.

Anoz Tandsubliem-Polis

- Anoz Zorgverzekeringen is bevoegd de aanvrager toelating tot de Anoz Tandsubliem-Polis te weigeren. Alvorens toelating tot de Anoz Tandsubliem-Polis kan plaatsvinden, dient voor de onder de aanvraag vallende personen van 18 jaar of ouder een aanmeldingsformulier alsmede een tandheelkundige gezondheidsverklaring ingevuld te worden en ingediend te worden bij Anoz Zorgverzekeringen.
- Anoz Zorgverzekeringen kan naar aanleiding van de aanmelding tandheelkundig onderzoek laten plaatsvinden. De persoon (of personen) op wie een tandheelkundig onderzoek betrekking heeft, wordt in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij (zij) de uitslag van het onderzoek wenst (wensen) te vernemen en zo ja, of hij (zij) daarvan als eerste wenst (wensen) kennis te nemen, teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan anderen wordt gedaan

4.8 Ingangsdatum

- 1 De extra verzekering van uitgebreide tandheelkundige zorg Anoz Tandsolide-Polis of Anoz Tandsubliem-Polis gaat in op de datum zoals vermeld op het polisblad en neemt gelijktijdig een einde wanneer de Anoz AV SPP Compleet een einde neemt
- 2 De verzekerde is vanaf de ingangsdatum van de Anoz Tandsolide-Polis of Tandsubliem-Polis de premie bij vooruitbetaling verschuldigd voor hemzelf en zijn medeverzekerden van 18 jaar of ouder. De premie dient op dezelfde wijze en in dezelfde termijnen te worden voldaan als de premie voor de Anoz AV SPP Compleet.

4.9 Geen recht op vergoeding

- 1 Er bestaat geen recht op vergoeding van de kosten van behandeling waarvan de noodzaak reeds ten tijde van het afgeven van de tandheelkundige gezondheidsverklaring c.q. het indienen van de saneringsverklaring aanwezig was.
- 2 Er bestaat geen recht op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg, indien de verzekerde niet meewerkt aan een tandheelkundige controle die door of vanwege Anoz Zorgverzekeringen noodzakelijk wordt geacht.
- 3 Er bestaat geen recht op vergoeding van de kosten die in rekening worden gebracht wegens het niet nakomen van een afspraak (UPT-code C90).

4.10 Tarief

Voor vergoeding komen uitsluitend in aanmerking kosten van tandheelkundige hulp conform de tarieven die bij of krachtens de wet zijn vastgesteld.

5 Algemeen

5.1 Aanvullende verzekering

- 1 Verzekerden met en StandaardPakket-Polis (SPP), ingeschreven bij Anoz Zorgverzekeringen, kunnen een overeenkomst van aanvullende verzekering sluiten, welke recht geeft op nader omschreven zorgaanspraken (vergoedingen en/of verstrekkingen) die een aanvulling vormen op zorgaanspraken (vergoedingen en/of verstrekkingen) krachtens de SPP en/of de AWBZ. Anoz Zorgverzekeringen is bevoegd de verzekerde de toelating tot de aanvullende verzekering te weigeren, ingeval de verzekering van de betreffende verzekerde door Anoz Zorgverzekeringen eerder is beëindigd wegens wanbetaling (royement).
- 2 De aanvullende verzekering geeft geen vergoeding voor het verschuldigde eigen risico dat op de StandaardPakket-Polis van toepassing is.
- 3 De aanvullende verzekering is een gezinsverzekering; zij kan alleen door de hoofdverzekerde worden aangegaan. Eventuele medeverzekerden zijn dan tevens aanvullend verzekerd.

5.2 Extra: Antroposofische zorg

Naast de aanvullende verzekering kunnen kosten van antroposofische zorg worden bijverzekerd. Deze extra verzekering is een gezinsverzekering; zij kan alleen door de hoofdverzekerde worden aangegaan. De extra verzekering geldt dan tevens voor eventuele medeverzekerden.

5.3 Extra: uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen

Naast de aanvullende verzekering kunnen kosten van uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen worden bijverzekerd, onder voorbehoud van medische acceptatie. De extra verzekeringen voor kosten van uitgebreide tandheelkundig zorg zijn gezinsverzekeringen; zij kan alleen door de hoofdverzekerde worden aangegaan. De verzekering geldt dan tevens voor eventuele medeverzekerden van 18 jaar of ouder.

5.4 Bedenktijd

- 1 De verzekerde kan de aanvullende verzekering binnen 14 dagen na verzending van het polisblad schriftelijk opzeggen. De aanvullende verzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan.
- 2 Door aanvaarding van het polisblad neemt de verzekerde de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat hij in voor de juistheid en volledigheid van de aan Anoz Zorgverzekeringen verstrekte mededelingen.

5.5 Wachtijd

- 1 Wanneer de aanvullende verzekering gelijktijdig aanvangt met de inschrijving als SPP-verzekerde bij Anoz Zorgverzekeringen, is geen wachtijd van toepassing en bestaat direct aanspraak op de verstrekkingen en vergoedingen van de aanvullende verzekering.

- 2 Wanneer de aanvullende verzekering aanvangt op een later tijdstip dan de inschrijving als SPP-verzekerde bij Anoz Zorgverzekeringen, geldt een wachttijd van twee maanden alvorens aanspraak bestaat op verstrekkingen en vergoedingen van de aanvullende verzekering.
- 3 De leden 1 en 2 zijn van overeenkomstige toepassing in het kader van de extra verzekering voor kosten van antroposofische zorg.
- 4 Er geldt geen wachttijd in het kader van de extra verzekeringen voor kosten van uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen.

5.6 Pakketwijziging

- 1 De verzekerde heeft eenmaal per jaar, en wel telkens per 1 januari, de gelegenheid om van pakket te veranderen:
 - de aanvullende verzekering kan worden omgezet van AV SPP Plus naar AV SPP Compleet en vice versa;
 - de extra verzekering voor kosten van uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen kan worden omgezet van SPP Tandsolide-Polis naar SPP Tandsubliem-Polis en vice versa, onder voorbehoud van medische acceptatie;
 - de extra verzekering voor kosten van uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen kan worden opgezegd;
 - de extra gezinsverzekering voor kosten van antroposofische zorg kan worden opgezegd.

De verzekerde die van pakket wil veranderen dient vóór 1 november schriftelijk aan Anoz Zorgverzekeringen mede te delen welke pakketwijziging hij wenst per de eerste januari van het volgende jaar.

- 2 In geval van pakketwijziging, zoals bedoeld in het vorige lid bij de eerste twee punten, is er terzake van de termijnen van zorgaanspraken sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering en de eventuele extra verzekering(en) als ware er geen wijziging in het verzekeringspakket. Binnen de betreffende termijnen gedane vergoedingen worden meegenomen bij de bepaling van de (maximale) vergoeding in het kader van de nieuw afgesloten verzekering(en).

5.7 Premievaststelling

De premie voor de aanvullende verzekering en de extra verzekeringen wordt vastgesteld door Anoz Zorgverzekeringen.

5.8 Premie per verzekerde

- 1 De verzekerde dient de premie voor de aanvullende verzekering en de eventueel van toepassing zijnde extra verzekering(en) bij vooruitbetaling te voldoen vóór het verstrijken van de premievervaldag, ten behoeve van alle op het polisblad vermelde verzekerden. Voor medeverzekerde kinderen tot 16 jaar is de verzekerde geen premie verschuldigd.
- 2 De premie wordt maandelijks geïncasseerd, gelijktijdig met de premie die de verzekerde verschuldigd is voor de SPP.
- 3 Het is de verzekerde niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met eventueel van Anoz Zorgverzekeringen te vorderen bedragen.

5.9 Vanaf en tot wanneer is de verzekerde premie verschuldigd

- 1 De verzekerde is premie voor de aanvullende verzekering en de eventueel van toepassing zijnde extra verzekering(en) verschuldigd vanaf het moment van inschrijving.
- 2 Wanneer de inschrijving in de loop van de kalendermaand plaatsvindt, wordt de premie met ingang van de eerste dag van de volgende kalendermaand in rekening gebracht.
- 3 Bij beëindiging van de inschrijving in de loop van een kalendermaand vindt geen premierestitutie plaats over de maand waarin de inschrijving wordt beëindigd.

5.10 Wijziging van de voorwaarden

Wijzigingen in de voorwaarden inzake de zorgaanspraken van de aanvullende en de extra verzekeringen worden in beginsel jaarlijks vóór 1 januari, ingaande per die datum, vastgesteld door Anoz Zorgverzekeringen. Bij gebreke van een nieuwe jaarlijkse vaststelling blijven de laatst vastgestelde voorwaarden van kracht.

5.11 Zorg in Nederland

Alleen zorg die in Nederland wordt genoten komt voor vergoeding door Anoz Zorgverzekeringen in aanmerking, tenzij expliciet is aangegeven dat zorg in het buitenland wordt vergoed.

5.12 Bijzondere gevallen

In bijzondere gevallen of onder buitengewone omstandigheden kan Anoz Zorgverzekeringen een tegemoetkoming voor belangrijke kosten van geneeskundige verzorging of daarmee verband houdende verstrekkingen toestaan, als de betreffende kosten niet worden gedekt door de SPP, de AWBZ, de aanvullende en de extra verzekeringen.

5.13 Toestemming/Verwijzing

- 1 Wanneer dit is aangegeven in de voorwaarden, dient door of namens de verzekerde schriftelijk toestemming voor de betreffende zorg c.q. de vergoeding van de betreffende zorg te worden aangevraagd.
- 2 De toestemming dient altijd te worden aangevraagd vóórdat de zorg wordt genoten. Wanneer Anoz Zorgverzekeringen (nog) geen toestemming heeft verleend, is Anoz Zorgverzekeringen niet gehouden de betreffende vergoeding of bijdrage uit te keren.
- 3 Wanneer dit is aangegeven in de voorwaarden, dient er een verwijzing van de huisarts of behandelend specialist te zijn. Wanneer de verzekerde voor de betreffende hulp een declaratie indient bij Anoz Zorgverzekeringen, dient hij de verwijzing tezamen met de declaratie aan Anoz Zorgverzekeringen te verstrekken.

5.14 Declaraties

- 1 De verzekerde kan de voor vergoeding in aanmerking komende kosten - onder overlegging van de originele nota's - bij Anoz Zorgverzekeringen declareren. De

declaratie dient bij Anoz Zorgverzekeringen te worden aangeboden binnen 12 maanden na de behandeldatum. Bepalend voor het recht op uitkering is de behandeldatum, dan wel de datum van levering, en dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer de verzekerde een overschrijding van de hiervoor genoemde termijn in redelijkheid niet is aan te rekenen, kan Anoz Zorgverzekeringen van de hiervoor genoemde termijn afwijken.

- 2 De verzekeringnemer ontvangt van Anoz Zorgverzekeringen een bericht van uitkering, waarop is aangegeven welke kosten worden vergoed.

5.15 Aansprakelijkheid derden bij letselschade: ClaimCare

Wanneer de verzekerde als gevolg van een ongeval persoonlijke schade lijdt (bijvoorbeeld kleding-, goederen- of inkomensschade), waarvoor een ander aansprakelijk kan worden gesteld, is het vaak mogelijk dat Anoz Zorgverzekeringen - veelal kosteloos - hulp verleent bij het verhalen van die schade. Deze service wordt ClaimCare genoemd. Wanneer de verzekerde aangeeft dat de gedeclareerde ziektekosten het gevolg zijn van een ongeval, ontvangt hij meer informatie over ClaimCare.

N.B. Claimcare is alleen mogelijk wanneer de ziektekosten die het gevolg zijn van het ongeval voor vergoeding door Anoz Zorgverzekeringen in aanmerking komen.

5.16 Uitsluiting

Schaden, veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie zijn van dekking uitgesloten.

5.17 Schorsing van rechten

- 1 Indien de verzekerde niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van premie, kan Anoz Zorgverzekeringen schriftelijk aanmanen tot betaling, waarbij schorsing van rechten uit de betreffende verzekering(en) kan worden aangekondigd. Bij schorsing van rechten geldt de dekking niet voor zorg die is genoten na de vervaldag van de premie.
- 2 De verzekerde blijft ook gedurende de periode dat sprake is van een schorsing van rechten uit de verzekering(en) verplicht de premie te voldoen, zulks vermeerderd met de wettelijke rente.
- 3 De dekking wordt weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag (en de eventuele kosten) door Anoz Zorgverzekeringen zijn ontvangen.

5.18 Royement

Bij schorsing van rechten uit de verzekering(en), zoals omschreven in 5.17, heeft Anoz Zorgverzekeringen het recht deze schorsing om te zetten in een definitieve beëindiging van de verzekeringsovereenkomst. Anoz Zorgverzekeringen doet in voorkomende gevallen mededeling van de beëindiging aan de verzekerde, zulks onder vermelding van de datum waarop de overeenkomst een einde neemt.

5.19 Incassokosten

Indien Anoz Zorgverzekeringen maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekerde.

5.20 Opzegging

- 1 De verzekerde kan de aanvullende verzekering telkens schriftelijk per 1 januari opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van tenminste drie kalendermaanden.
- 2 In afwijking van het in het voorgaande lid bepaalde kan de verzekerde de aanvullende verzekering na het verstrijken van de uiterste opzegdatum beëindigen, indien door Anoz Zorgverzekeringen na deze datum een verhoging van de premie of wijziging in de zorgaanspraken bekend wordt gemaakt. De verzekerde dient dan de wens tot beëindiging van de aanvullende verzekering schriftelijk aan Anoz Zorgverzekeringen kenbaar te maken binnen 30 dagen nadat de mededeling over de wijziging(en) aan de verzekerde is toegezonden. De aanvullende verzekering wordt dan beëindigd per de datum van de wijziging.

5.21 Einde SPP = einde aanvullende verzekering

De inschrijving in de aanvullende verzekering eindigt op het moment waarop de inschrijving als SPP-verzekerde bij Anoz Zorgverzekeringen een einde neemt.

5.22 Einde aanvullende verzekering = einde extra verzekering(en)

De extra verzekering(en) voor kosten van antroposofische zorg en/of uitgebreide tandheelkundige zorg voor volwassenen eindigt (eindigen) op het moment waarop de inschrijving als aanvullend verzekerde bij Anoz Zorgverzekeringen een einde neemt.

5.23 aansprakelijkheid van derden

- 1 De verzekerde informeert Anoz Zorgverzekeringen omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en verstrekt Anoz Zorgverzekeringen in dat verband alle noodzakelijke inlichtingen.
- 2 In aansprakelijkheidskwesties treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde zonder schriftelijke akkoordverklaring van Anoz Zorgverzekeringen. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor Anoz Zorgverzekeringen in zijn belangen kan worden geschaad.

5.24 Aansprakelijkheid van Anoz Zorgverzekeringen

Anoz Zorgverzekeringen is jegens de verzekerde niet aansprakelijk voor schade door hem geleden als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgverlener of instelling tot wie of welke de verzekerde zich heeft gewend voor zorg waarvan de kosten door de verzekering bij Anoz Zorgverzekeringen gedekt zijn.

5.25 Registratie van persoonsgegevens

De bij de aanmelding voor de aanvullende verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door Anoz Zorgverzekeringen gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is een reglement persoonsregistratie van toepassing, hetgeen ter inzage ligt en kan worden opgevraagd bij Anoz Zorgverzekeringen.

5.26 Klachten

Op de overeenkomst van aanvullende verzekering is Nederlands recht van toepassing. Voor klachten naar aanleiding van de aanvullende verzekering kan de verzekerde zich wenden tot Anoz Zorgverzekeringen, Postbus 223, 7300 AE te Apeldoorn. Nadat een klacht ter kennisneming is gebracht van de directie van Anoz Zorgverzekeringen, en deze haar definitieve standpunt kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen een periode van één maand na het indienen van de klacht niet heeft gereageerd, kan de klacht worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 93560, 2509 AN te Den Haag.

6 Lijst van beroepsverenigingen als bedoeld in 2.21

Ingevolge 2.21 van de voorwaarden van de Anoz AV SPP Compleet worden vergoed - met inachtneming van de in 2.10 genoemde maxima - de kosten van acupunctuur, chiropractie, haptotherapie, homeopathie, manueletherapie/ manuele geneeskunde, neuraaltherapie, natuurgeneeswijze en orthomoleculaire geneeskunde, mits toegepast door een bevoegde arts, tandarts, fysiotherapeut, oefentherapeut (Cesar of Mensendieck), klassiek homeopaat, haptotherapeut of chiropractor, die lid is van de desbetreffende beroepsvereniging welke voorkomt op de daartoe door Anoz Zorgverzekeringen gehouden lijst, en die door de desbetreffende vereniging op basis van het lidmaatschap en/of de registratie wordt erkend als zijnde gerechtigd tot het voeren van de betreffende praktijk. De zojuist bedoelde lijst treft u hieronder aan.

Acupunctuur:

- Nederlandse Artsen Acupuncturisten Vereniging (NAAV),
- Nederlandse Artsen Acupuncturisten Stichting (NAAS)
- Nederlandse Vereniging van Acupuncturisten (NVA)
- Nederlands Genootschap van Acupuncturisten (NGVA)

Chiropractie:

- Nederlandse Vereniging van Chiropractoren (NVC)
- Nederlandse Vereniging Pro-Chiropractie (NVPC)
- Nederlandse Chiropractie Associatie (NCA)

Haptotherapie:

- Vereniging van Haptotherapeuten (VVH)

Homeopathie:

- Vereniging van Homeopathisch Artsen in Nederland (VHAN)
- Homeopathische Specialisten Vereniging (HSV)
- Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH)

Manuele therapie/geneeskunde:

- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (NVAMG)

Neuraaltherapie:

- Nederlandse Vereniging van Neuraal- en Regulatietherapie (NVNR)

Natuurgeneeswijze:

- Artsenvereniging ter Bevordering van de Natuur Geneeskunde (ABNG)

Orthomoleculaire Geneeskunde:

- Maatschappij ter Bevordering van de Orthomoleculaire Geneeskunde (MBOG)

7 Begripsomschrijvingen

Begripsomschrijvingen

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Anoz Zorgverzekeringen:

Agis Ziektekostenverzekeringen N.V., ten deze handelende onder de naam: Anoz Zorgverzekeringen.

Antroposofisch arts:

een in Nederland gevestigde arts, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, en die behandelt volgens de antroposofische geneeswijze en lid is van de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA).

Apotheker:

een in Nederland gevestigde apotheker, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, en die is ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, gevoerd door de Inspectie van Volksgezondheid.

Arts:

een in Nederland gevestigde arts, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Audiologische hulp:

het onderzoek naar de gehoorfunctie, de advisering over de aan te schaffen gehoor-apparatuur, voorlichting over het gebruik van de apparatuur en de psycho-sociale hulp indien noodzakelijk in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie.

AWBZ:

de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Bijkomende kosten:

de medische kosten die rechtstreeks verband houden met en gemaakt zijn tijdens de specialistische behandeling (zoals kosten van röntgenfoto's, laboratoriumonderzoek, bloedtransfusies, bestralingen, narcose en gebruik operatiekamer en polikliniek).

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek:

een in Nederland gelegen instelling die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing.

Chiropractor:

- een in Nederland gevestigde arts of fysiotherapeut die de chiropractie beoefent, en lid is van de Nederlandse Vereniging van Chiropractoren (NVA);
- een in Nederland gevestigde chiropractor die geen arts of fysiotherapeut is, maar wel lid is van de Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA).

Dagverpleging:

een korter dan 24 uur durende (zgn. poliklinische) bedverpleging in het ziekenhuis waarvan de noodzaak is te voorzien in verband met het in dezelfde periode plaatsvinden van een onderzoek of behandeling door een specialist.

Dermatoloog:

een in Nederland gevestigde arts die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die als dermatoloog is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Ergotherapeut:

een in Nederland gevestigde ergotherapeut die rechtsgeldig de titel van ergotherapeut voert, conform het bepaalde in artikel 34 van de wet BIG, en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

Farmaceutische hulp:

bij ministeriële regeling aangewezen:

- geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelen-voorziening mogen worden afgeleverd;
- andere dan geregistreerde geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, niet zijnde geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopathische farmaceutische producten;
- bloedproducten als bedoeld in de Wet inzake Bloedtransfusie;
- polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten;
- verbandmiddelen in geval van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

Fysiotherapeut:

een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Haptotherapeut:

een in Nederland gevestigde haptotherapeut die lid is en ingeschreven in het register van de Vereniging van Haptotherapeuten.

Huidtherapeut:

een in Nederland gevestigde huidtherapeut die in het bezit is van een erkend diploma en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten.

Huisarts:

een in Nederland (in de woon- of verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving) gevestigde arts, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent als huisarts en is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Hulpmiddelen:

de middelen die in de Regeling hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland zijn opgenomen.

Kaakchirurg:

een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor mondziekten en kaakchirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde.

Klassiek homeopaat:

een in Nederland gevestigde homeopaat die lid is van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH).

Laboratoriumonderzoek:

onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat door de bevoegde overheidsinstantie als zodanig is erkend.

Logopedist:

een in Nederland gevestigde logopedist die rechtsgeldig de titel van logopedist voert, conform het bepaalde in artikel 34 van de wet BIG, en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefen-therapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

Medische noodzaak:

de noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen.

Mondhygiënist:

een in Nederland gevestigde mondhygiënist die rechtsgeldig de titel van mondhygiënist voert, conform het bepaalde in artikel 34 van de wet BIG, en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefen-therapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

Niet-klinisch (poliklinisch) specialistische hulp:

specialistische hulp, niet verleend tijdens een opname.

Oefentherapeut Cesar:

een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar die rechtsgeldig de titel van oefentherapeut voert, conform het bepaalde in artikel 34 van de wet BIG, en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

Oefentherapeut Mensendieck:

een in Nederland gevestigde oefentherapeut Mensendieck die rechtsgeldig de titel van oefentherapeut voert, conform het bepaalde in artikel 34 van de wet BIG, en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

Ongeval:

een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van een persoon, van buiten af en buiten diens wil, waardoor aantoonbaar letsel is veroorzaakt.

Opname:

de opname 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 regelmatige behandeling door een specialist medisch noodzakelijk is.

Orthodontist:

een in Nederland gevestigde tandarts, die is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde.

Orthopedisch instrumentmaker:

een in Nederland gevestigde orthopedisch instrumentmaker die in het bezit is van een erkend diploma (en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Orthopaedisten en Bandagisten (Orthobanda)).

Orthopedisch schoenmaker:

een in Nederland gevestigde orthopedisch schoenmaker die in het bezit is van een erkend diploma (en is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentechnici (NVOS)).

Podotherapeut:

een in Nederland gevestigde podotherapeut die rechtsgeldig de titel van podotherapeut voert, conform het bepaalde in artikel 34 van de wet BIG, en het daarop gebaseerde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefen-therapeut, orthoptist en podotherapeut van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

Privé-kliniek/Zelfstandig Behandelcentrum:

een centrum voor niet-klinisch medisch-specialistische zorg.

RIAGG:

een in Nederland gevestigde, bij of krachtens de AWBZ erkende, regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Revalidatie:

onderzoek, advisering en behandeling van specialistische, paramedische, gedrags-wetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze hulp wordt verleend door een aan een door de bevoegde overheidsinstantie erkende instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een specialist.

Schoonheidsspecialist:

een in Nederland gevestigde schoonheidsspecialist die in het bezit is van een erkend diploma en is aangesloten bij de Vereniging van Schoonheidsspecialisten.

Specialist:

een in Nederland gevestigde arts, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, en is ingeschreven in het specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Sport Medisch Adviescentrum:

een Sport Medisch Adviescentrum dat is opgenomen op een door Anoz gehouden lijst van Sport Medisch Adviescentra.

Tandarts:

een in Nederland gevestigde tandarts, die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Thuiszorgorganisatie:

een in Nederland gevestigde, erkende, regionale kruisorganisatie of thuiszorg-organisatie die zorg biedt, welke aanvullend is op de reguliere thuiszorg en mantelzorg.

Verloskundige:

een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Verpleegkundige:

een verpleegkundige die als zodanig geregistreerd is als bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Wet BIG:

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg van 11 november 1993, Stb. 1993, 655.

Ziekenhuis:

een in Nederland gelegen inrichting voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken, die als ziekenhuis of sanatorium door de bevoegde overheidsinstantie is erkend.

Ziekenverzorgende:

een ziekenverzorgende, die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie.

Zorgverleners:

de medische, paramedische en alternatieve zorgverleners, ten aanzien van wier zorg op grond van de verzekeringsvoorwaarden recht op vergoeding bestaat.

Zorgverzekeraars Nederland:

de representatieve organisatie van ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars.