



zorg en inkomen

Lijst van Verstrekkingen 2005

Geové Spiritpolis en Aanvullende Verzekeringen

Lijst van Verstrekkingen Geové Spiritpolis en Aanvullende Verzekeringen AV, AV Medium, AV Plus, Klasseverzekering, TV Basis en TV

Ingaande 1 januari 2005

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, hebben de hierna volgende voorwaarden betrekking op de hoofdverzekering en de afzonderlijk af te sluiten aanvullende verzekeringen. De verzekeringen zijn van kracht voorzover vermeld op het polisblad.

ALGEMEEN (pagina 2)

- Machtiging
- De Zorgmakelaar
- Juridische hulp bij ongevallen

- Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen
- Tandheelkundige implantaten
- Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen

Basisdekking SPIRITPOLIS (pagina 3)

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

- Ziekenhuisopname
- Poliklinische zorg
- Revalidatie
- Zelfstandig behandelcentrum
- Ziekenvervoer per ambulance
- Ziekenvervoer

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

- Huisarts
- Second opinion
- Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie
- Audiologisch centrum
- Logopedie/foniatrie
- Aanvullende thuisverpleging
- Ergotherapie

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

- Farmaceutische zorg
- Dieetpreparaten
- Verbandmiddelen
- Hulpmiddelen
- Chronisch intermitterende beademing

4. ZWANGERSCHAP

- Bevalling
- Bevalling en kraamzorg
- Fertiliteitsbevorderende behandeling
- Sterilisatie

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

- Leukemie bij kinderen
- Nierdialyse
- Orgaantransplantaties
- Erfelijkheidsonderzoek
- Sportarts en Sport Medisch Adviescentrum(SMA)
- Trombosedienst

7. BUITENLANDDEKKING

- Spoedeisende medische hulp
- Internationale persoonlijke hulpverlening
- Medische hulp in een andere EU/EER-lidstaat

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

- Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 18 jaar
- Tandheelkundige hulp voor verzekerden vanaf 18 jaar

Aanvullende Verzekering AV (pagina 12)

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

- Fysiotherapie/oefentherapie
- Hydrotherapie
- Reumakuureis
- Vakantiekamp

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

- Enuresis (plas)wekker

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

- Alternatieve behandelwijzen
- Homeopathische en antroposofische middelen

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

- Cosmetische behandelingen
- Lymfedrainage
- Psoriasis
- Sport Medisch Adviescentrum (SMA)
- Stottertherapie

7. BUITENLANDDEKKING

- Spoedeisende medische hulp
- Repatriëring van verzekerden

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

- Tandheelkundige hulp
- Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Aanvullende Verzekering AV MEDIUM (pagina 17)

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

- Fysiotherapie/oefentherapie
- Hydrotherapie
- Reumakuureis
- Vakantiekamp

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

- Brillenglazen en contactlenzen
- Enuresis (plas)wekker

4. ZWANGERSCHAP

- Kraampakket

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

- Alternatieve behandelwijzen
- Homeopathische en antroposofische middelen

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

- Cosmetische behandelingen
- Lymfedrainage
- Psoriasis

- Sport Medisch Adviescentrum (SMA)
 - Stottertherapie
7. **BUITENLANDDEKKING**
 - Spoedeisende medische hulp
 - Repatriëring van verzekerden
 8. **TANDHEELKUNDIGE HULP**
 - Tandheelkundige hulp
 - Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Aanvullende Verzekering AV PLUS (pagina 22)

1. **(POLI)KLINISCHE ZORG**
 - Reiskosten ziekenhuisbezoek
 - Vervoer Pisa
 - Overnachtingskosten logeerhuis
2. **NIET (POLI)KLINISCHE ZORG**
 - Fysiotherapie/oefentherapie
 - Hydrotherapie
 - Podologie
 - Podothérapie
 - Overgangsconsulent
 - Kinderopvang
 - Herstellingsoord
 - Reumakuureis
 - Therapeutisch kamp
 - Vakantiekamp
 - Psychologische hulpverlening
3. **FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN**
 - Orthopedisch schoeisel
 - Elastische kousen
 - Bijzondere voedingsmiddelen
 - Brillenglazen en contactlenzen
 - Enuresis (plas)wekker
 - Orthopedische steunzolen

4. ZWANGERSCHAP

- Kraamzorg na couveuseopname
- Kraamzorg bij adoptie
- Kraampakket
- Gebruik verloskamer
- Communicatiemiddel

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

- Alternatieve behandelwijzen
- Homeopathische en antroposofische middelen

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

- Cosmetische behandelingen
- Lymfedrainage
- Psoriasis
- Sport Medisch Adviescentrum (SMA)
- Stottertherapie

7. BUITENLANDDEKKING

- Spoedeisende medische hulp
- Repatriëring van verzekerden

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

- Tandheelkundige hulp
- Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

KLASSEVERZEKERING (pagina 29)

- Klasseverzekering

TV BASIS (pagina 30)

- TV Basis

TV (pagina 35)

- TV

PARODONTOLOGIEPROTOCOL (pagina 36)

ALGEMEEN

Machtiging: Voor de artikelen gemerkt met een * geldt dat uitsluitend recht op vergoeding bestaat wanneer door of namens verzekerde tijdig en vooraf schriftelijk machtiging is gevraagd aan en verleend door verzekeraar. Het verzoek om machtiging dient vergezeld te gaan van een medische verklaring van de huisarts of specialist. Verzekeraar kan aan deze machtiging nadere voorwaarden verbinden.

De Zorgmakelaar: Zorgmanagement is een exclusieve dienstverlening van de Zorgmakelaar waarbij op verzoek van verzekerde de benodigde (medische) zorg wordt georganiseerd, verbeterd, bespoedigd en/of toegelicht.

Juridische hulp bij ongevallen: Voor het verhalen van niet-medische kosten, voortvloeiend uit een ongeval veroorzaakt door een (eventueel aansprakelijke) derde, heeft verzekerde recht op juridische hulp in natura, verstrekt door verzekeraar. De advocaat van verzekeraar bepaalt of een verhaalsprocedure zinvol is. Verzekeraar bepaalt of de hulp in natura verstrekt zal worden. De juridische hulp in natura telt niet mee voor een eventueel eigen risico.

BASISDEKKING SPIRITPOLIS

Binnen de grenzen van de Algemene Voorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekkings een onderdeel vormt, bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

1.01.a* Ziekenhuisopname

Vergeod worden de kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

Indien een ziekenhuis niet declareert via de DBC-systematiek worden vergoed:

- de kosten van medisch-specialistische zorg in rekening gebracht door het ziekenhuis;
- de kosten van opname in de verzekerde klasse van een ziekenhuis gedurende het etmaal of een deel daarvan;
- de kosten van dagverpleging in een ziekenhuis;
- de bijkomende kosten.

Indien een meeverzekerd kind vanwege de verpleging van de moeder in het ziekenhuis moet verblijven, worden de verpleegkosten van het kind vergoed zolang het kind de leeftijd van drie maanden niet heeft bereikt.

1.02.a Poliklinische zorg

Vergeod worden de kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

Indien een ziekenhuis niet declareert via de DBC-systematiek worden vergoed:

- het honorarium van een specialist voor een (poliklinische) behandeling;
- de bijkomende kosten;
- de kosten van op advies van de huisarts verricht laboratoriumonderzoek in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium;
- tandheelkundig chirurgische hulp van specialistische aard (H40, H41, H42, H43, H44, H59, H60, H65, H70, H75, H80, H85 en H90) uitgevoerd door een tandarts komt, na machtiging, voor vergoeding in aanmerking. De kosten van tandheelkundige implantaten en de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak, worden niet vergoed.

1.03.a* Revalidatie

Vergeod worden de kosten van revalidatie. Hierop bestaat slechts aanspraak indien:

- deze zorg voor verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat

en

- verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

Revalidatie kan plaatsvinden:

- in een klinische situatie (opname). Op vergoeding van kosten van revalidatie gepaard gaande met meerdaagse opname, bestaat slechts aanspraak indien daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;

- in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan: dit behandelplan dient tenminste te bevatten de aard en de complexiteit van de stoornis of beperking, de bij de behandeling te betrekken disciplines alsmede de beoogde duur en intensiteit van de behandeling.

1.05.a* Zelfstandig behandelcentrum

Vergoed worden de kosten voor medisch-specialistische hulp in rekening gebracht door het zelfstandig behandelcentrum door middel van het DBC-tarief. Indien verzekeraar met het zelfstandig behandelcentrum een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het zelfstandig behandelcentrum in rekening wordt gebracht.

De kosten van een zelfstandig behandelcentrum komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

1.10.a* Ziekenvervoer per ambulance

De kosten van ziekenvervoer per ambulance mits op medisch advies. De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen.

1.13.c Ziekenvervoer

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer binnen Nederland per taxi of eigen auto komen conform de voor ziekenfondsverzekerden van toepassing zijnde regelgeving voor vergoeding in aanmerking, waarbij tevens aan de volgende aanvullende voorwaarden dient te zijn voldaan. Deze vergoeding geldt voor vervoer voor zowel naar als van het dichtstbijzijnde ziekenhuis of kraaminrichting, alsmede naar en van de plaats waar de behandelend specialist praktijk uitoefent respectievelijk vervoer naar een inrichting waarin verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld. De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen. Vergoeding van vervoer anders dan ambulancevervoer wordt verleend indien reizen per openbaar vervoer om medische redenen niet mogelijk is, dit ter beoordeling van verzekeraar. Ter beoordeling van de medische redenen dient verzekerde het 'aanvraagformulier ziekenvervoer' in te vullen. Het aanvraagformulier ziekenvervoer kan worden aangevraagd bij verzekeraar. De kosten van taxivervoer komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden. Kosten van openbaar vervoer komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Er geldt een eigen bijdrage van € 68,- per polis per kalenderjaar. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,20 per kilometer. Geen uitkering wordt gedaan voor vervoer in verband met fysiotherapie of oefentherapie.

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.01.a Huisarts

Het honorarium van de huisarts, alsmede de kosten van laboratoriumonderzoek op advies van de huisarts, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium.

2.02.a Second opinion

De kosten, waaronder wordt verstaan het honorarium en de bijkomende kosten, van een second opinion door een andere specialist dan de behandelend specialist.

2.10.h* Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie

De kosten - op voorschrift van de huisarts of specialist - van:

- a. fysiotherapie door een fysiotherapeut waarmee verzekeraar een overeenkomst gesloten heeft;
- b. oefentherapie door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck.
- c. kinderfysiotherapie door een kinderfysiotherapeut, verleend aan kinderen tot 18 jaar;
- d. chiropractie door een chiropractor

Per kalenderjaar worden maximaal 18 behandelingen fysiotherapie/oefentherapie per verzekerde vergoed. De vergoeding van chiropractie bedraagt maximaal het CTG-tarief voor een zitting oefentherapie.

Bij behandeling door een fysiotherapeut die **geen** overeenkomst met verzekeraar heeft gesloten geldt een maximum vergoeding van:

- € 24,50 voor een reguliere zitting
- € 35,50 voor een specialistische zitting
- € 10,70 aan huistoelag
- € 5,40 inrichtingtoelag
- € 42,90 voor een onderzoek (eenmalig)

Niet vergoed worden de kosten van: zwangerschaps- en kraamvrouwengymnastiek, acupunctuur, haptotherapie, sportmassage en arbeids- en bezigheidstherapie.

Manuele therapie en manuele geneeskunde

Voor manuele therapie, uitgevoerd door een fysiotherapeut, worden maximaal 6 behandelingen vergoed. Voorwaarde voor vergoeding is een gerichte verwijzing van de huisarts of behandelend specialist.

Voor manuele therapie, door een arts praktiserend als manueel geneeskundige, worden maximaal 6 behandelingen vergoed volgens het CTG-tarief voor oefentherapie.

2.20.a Audiologisch centrum

Vergoed worden de kosten van zorg door een - daartoe conform de bij wet gestelde regels toegelaten - audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

2.30.a* Logopedie/foniatrie

De kosten van logopedie/foniatrie door een logopedist. Indien er meer dan 9 behandelingen logopedie, ongeacht de medische indicatie, per kalenderjaar noodzakelijk zijn, is voorafgaande toestemming vereist. Onder een logopedische behandeling wordt niet verstaan onderzoek naar en behandeling van dyslexie (tenzij sprake is van logopedische problemen van medische aard) en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van dialect en anderstaligheid.

2.62.b* Aanvullende thuisverpleging

Ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijk verblijf in een ziekenhuis kan een tegemoetkoming in de kosten worden gegeven van aanvullende thuisverpleging door een verpleegkundige of ziekenverzorgende ten huize van verzekerde voor maximaal 60 dagen per kalenderjaar, gedurende maximaal 8 uren per etmaal.

2.90.a* Ergotherapie

De kosten van maximaal 10 behandeluren door een ergotherapeut op basis van het rechtsgeldige tarief per verzekerde per kalenderjaar.

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

3.01.b Farmaceutische zorg

De kosten van farmaceutische zorg - overeenkomstig de Regeling farmaceutische zorg zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld en verder is aangevuld door verzekeraar - afgeleverd op voorschrift van een huisarts, specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apotheehouder huisarts. Een geneesmiddel, dat de stof bevat waarvan de stofnaam is vermeld op het voorschrift, komt voor vergoeding in aanmerking. Op de vergoeding van geneesmiddelen is het door de overheid vastgestelde geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder zullen worden vergoed volgens de regels zoals die gelden voor verzekerden jonger dan 21 jaar. De Regeling farmaceutische zorg maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

3.02.a* Dieetpreparaten

De kosten van dieetpreparaten worden vergoed overeenkomstig de Regeling dieetpreparaten zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Dieetpreparaten komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige slik-, passage- of resorptiestoornis, een ernstige voedselallergie of een ernstige stofwisselingsstoornis, chronisch obstructief longlijden, cystische fibrose of een ernstig congenitaal hartfalen en verzekerde bij dat hartfalen een dreigende groeiachterstand heeft.

3.03.a Verbandmiddelen

De kosten voor verbandmiddelen komen alleen voor vergoeding in aanmerking als er sprake is van een ernstige aandoening waarbij een langdurige medische behandeling met deze middelen is aangewezen.

3.20.a* Hulpmiddelen

De kosten van aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen (eenvoudige uitvoering) voorgeschreven door de behandelend arts, worden krachtens de Bepaling hulpmiddelen, zoals deze thans luidt of in de toekomst komt te luiden, vergoed. De Bepaling hulpmiddelen maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. De te verstrekken hulpmiddelen dienen noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd te zijn, één en ander ter beoordeling van verzekeraar.

Voor vergoeding of verstrekking als hierboven beschreven is tijdige en voorafgaande toestemming van verzekeraar vereist, tenzij door verzekeraar anders is bepaald. Het verzoek om toestemming door verzekerde dient vergezeld te gaan van:

- een schriftelijk gemotiveerde toelichting van de behandelend arts, de behandelend medisch specialist, het audiologisch centrum (voor gehoorhulpmiddelen) of een ander door verzekeraar aangewezen deskundige waarin de indicatie wordt vermeld. Uit deze indicatie moet blijken dat het gebruik van het hulpmiddel medisch noodzakelijk is.
- een prijsopgaaf van de leverancier bij de eerste aanschaf, tenzij door verzekeraar anders wordt bepaald.

Aan de toestemming kunnen door verzekeraar nadere voorwaarden worden gesteld.

De op grond van de Bepaling hulpmiddelen verschuldigde eigen bijdrage is verzekerde verschuldigd aan de leverancier van het hulpmiddel, tenzij verzekeraar anders bepaald.

De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de Bepaling hulpmiddelen anders is vastgelegd, voor rekening van verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

3.31.a Chronisch intermitterende beademing

De kosten verband houdende met mechanische beademing op voorschrift van een specialist in een daartoe erkend beademingscentrum of de kosten in verband met de door dat beademingscentrum gebruiksklaar ter beschikking gestelde apparatuur ten huize van verzekerde.

4. ZWANGERSCHAP

4.01.a Bevalling

Indien en voor zolang verblijf in een ziekenhuis medisch noodzakelijk is, bestaat voor moeder en het bij haar op de polis medeverzekerde kind, met ingang van de dag van bevalling, aanspraak op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische (verloskundige) hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief. Indien verzekeraar met het ziekenhuis een tarief is overeengekomen, wordt dit tarief vergoed. Als geen tarief is overeengekomen, wordt het tarief vergoed dat door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

4.02.b Bevalling en kraamzorg

Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis of kraaminrichting (niet medisch noodzakelijk), poliklinische bevalling of thuis:

- een uitkering ineens (achteraf) ter hoogte van € 1.815,- (voor de kosten van medisch-specialistische (verloskundige) hulp in rekening gebracht door het ziekenhuis door middel van het DBC-tarief of - indien geen tarief is overeengekomen - het door het ziekenhuis in rekening gebracht tarief)

of

- kraamzorg in natura, geregeld door verzekeraar. Deze zorg moet ten minste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum door verzekerde zelf aangevraagd worden bij een kraamcentrum en doorgegeven worden aan verzekeraar. Een aanvraagkaart hiervoor is verkrijgbaar bij verzekeraar. Kraamzorg wordt in overleg met het kraamcentrum geregeld, waarbij minimaal 24 uur en maximaal 64 uur hulp wordt verleend. Het te verlenen aantal uren kraamzorg is mede afhankelijk van de beschikbaarheid van kraamverzorgsters en de aard van de bevalling. Indien minder dan 64 uur hulp wordt verleend kan geen aanspraak worden gemaakt op een aanvullende vergoeding en/of enig ander vorderingsrecht. Tevens worden de kosten van verloskundige hulp vergoed.

Combinatie van aanspraak op zorg genoemd onder 4.01.a en 4.02.b:

- indien moeder en kind, in combinatie met aanspraak op zorg genoemd in artikel 4.01.a, het ziekenhuis verlaten voordat een periode van acht dagen (met ingang van de dag van de bevalling) is verstreken, dan wordt voor elke minder in rekening gebrachte dag een vergoeding toegekend van € 147,- per dag of voor het resterend aantal dagen zorg in natura verleend tot minimaal 3 uur en maximaal 8 uur kraamzorg per dag;
- indien in combinatie met aanspraak op zorg genoemd in artikel 4.02.b, binnen acht dagen na de bevalling alsnog een ziekenhuisopname met medische noodzaak voor moeder en kind volgt, dan wordt voor elke in rekening gebrachte dag een korting toegepast van € 147,- per dag op de uitkering ineens of het resterend aantal dagen zorg in natura verminderd met het gemiddeld aantal toegekende uren kraamzorg per dag.

4.04.c* Fertiliteitsbevorderende behandeling

De kosten van operatieve ingrepen, hormoonbehandeling en kunstmatige inseminatie worden vergoed. Daarnaast wordt een tegemoetkoming in de kosten gegeven voor een invitrofertilisatie (IVF) behandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Gedurende de gehele verzekeringsduur worden maximaal drie IVF-behandelingen vergoed. Per IVF-behandeling geldt een eigen bijdrage van € 363,-.

4.10.a Sterilisatie

De kosten van sterilisatie door een specialist op verwijzing van de huisarts. De kosten van het ongedaan maken van een kunstmatig tot stand gebrachte onvruchtbaarheid (steriliteit) worden niet vergoed.

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

6.01.a Leukemie bij kinderen

De kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen (SNWLK).

6.10.a* Nierdialyse

De kosten van nierdialyse, zowel in een ziekenhuis (klinisch of poliklinisch) als bij verzekerde thuis. Bij thuisdialyse vindt ook vergoeding plaats van bepaalde niet-medische kosten overeenkomstig de richtlijnen die door Zorgverzekeraars Nederland zijn vastgesteld.

6.20.a* Orgaantransplantaties

De kosten van transplantatie van de volgende donororganen: huid, hoornvlies, beenmerg, bot, nier, hart, long, hart-long, nier-pancreas en lever (orthotoop), alsmede de kosten van weefseltyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS). De kosten van transplantaties van andere organen worden niet vergoed.

Vergoed worden voorts de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij is verzekerd. Een donor heeft bovendien recht op medische behandeling gedurende maximaal drie maanden na datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatiemateriaal werd opgenomen, mits die behandeling verband houdt met de betreffende onder de vergoeding vallende orgaantransplantatie.

Geen uitkering wordt gedaan indien verzekerde een orgaan laat verwijderen in verband met transplantatie bij iemand, die niet bij verzekeraar is verzekerd.

6.31.a Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van zorg in een centrum voor erfelijkheidsonderzoek, na verwijzing door huisarts of specialist. De zorg omvat: het onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultra-geluidsonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding.

Indien noodzakelijk voor het advies aan verzekerde zal het onderzoek tevens omvatten onderzoeken bij andere personen dan verzekerde; aan hen kan dan tevens advisering plaatsvinden. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan verzekerde komen voor rekening van de (eigen verzekeraar(s) van de) onderzochte andere persoon of personen.

6.34.d Sportarts en Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

De kosten van maximaal 5 consulten/behandelingen bij sportblessures, tot maximaal € 30,- per consult/behandeling per verzekerde per kalenderjaar.

6.36.a Trombosedienst

De kosten van hulp door de trombosedienst op voorschrift van een specialist.

7. BUITENLANDEKKING

Spoeisende medische hulp tijdens verblijf in het buitenland

7.10.d Spoeisende medische hulp

Voor de gemaakte kosten van spoedisende medisch noodzakelijke hulp tijdens verblijf in het buitenland gelden de volgende bepalingen:

- Vergoeding van de kosten van spoedisende hulp, niet zijnde tandheelkundige hulp, tijdens een verblijf in het buitenland, van maximaal 183 achtereenvolgende dagen, omvat de kosten van verstrekkingen waarop bij verblijf in Nederland op grond van de verzekeringsvoorwaarden aanspraak gemaakt zou kunnen worden. Dit tot een maximum van 200% van de kosten die zouden zijn vergoed, indien de verzekerde in Nederland een soortgelijke behandeling zou hebben ondergaan.
- De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is gehouden. Op verzoek van verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden.
- De hulpverlening is door of na goedkeuring van de Alarmcentrale, ten deze handelend namens verzekeraar, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisartshulp en apothekershulp.
- Verzekerde of een namens hem handelende derde heeft zo spoedig mogelijk nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd, de Alarmcentrale telefoon: + 31 (0)50 523 47 90 ingeschakeld.
- Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Om voor uitkering in aanmerking te komen, moet verzekerde op verzoek van verzekeraar een verklaring overleggen van de behandelend arts ten behoeve van de medisch adviseur, waaruit blijkt, dat en waarom de opname en/of behandeling medisch noodzakelijk en spoedisend werd geacht.
- Indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan, of indien de kosten redelijkerwijs te voorzien waren bij het vertrek naar het buitenland, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

Uitsluitingen

De uitkeringen en diensten zijn uitgesloten van dekking in geval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage, studie of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

7.20.b Internationale persoonlijke hulpverlening

De kosten van hulpverlening uitgevoerd door de Alarmcentrale in verband met het regelen van vervoer, medische begeleiding, toezending van medicijnen en/of kunst- en hulpmiddelen, worden volledig vergoed op basis van kostprijs.

Woonachtig in Nederland, medische hulp in een andere lidstaat van de EU/EER

7.40.a* Medische hulp in een andere EU/EER-lidstaat

- a. Recht op vergoeding bestaat voor de kosten die verband houden met medische hulp in een andere EU/EER-lidstaat, niet zijnde spoedisende medische hulp, tot maximaal 100% van de kosten indien de medische hulp in Nederland zou zijn verstrekt en krachtens de verzekeringsvoorwaarden zou zijn vergoed. De in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen maximale vergoedingen en/of eigen risico's zijn ook op deze kosten van toepassing.
- b. Geen recht op vergoeding bestaat voor de kosten van vervoer naar en van het buitenland.

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

Wanneer de kosten voor behandelingen uitgevoerd door een gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist(e) volgens de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden.

8.01.i Tandheekundige hulp voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Vergoeding van 100% van de kosten van behandeling door een tandarts of een dienst voor jeugd-tandverzorging. Niet vergoed worden kronen, bruggen en gegoten vullingen.

Indien door een lichamelijke en/of geestelijke handicap een langere dan normaal gebruikelijke tijdsduur voor de behandeling noodzakelijk is, is de bovengenoemde vergoedingsregeling niet van toepassing. Na vooraf verleende toestemming door verzekeraar wordt vergoeding van kosten, in rekening gebracht door een tandarts, verleend op basis van 75% van het goedgekeurde tarief per uur van behandeling.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend voor verzekerde met een lichamelijke en/of geestelijke handicap die geen aanspraak kan maken op de tandheekundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.

8.12.e Tandheekundige hulp voor verzekerden vanaf 18 jaar

Verzekerde heeft recht op onderstaande verstrekkingen:

Prothesen

Na machtiging:

P00	Techniekkosten volledige prothese techniekkosten betreffende P21, P25 en P30	75%
P06	Tissueconditioning volledige prothese	75%
P17	Extra beetregistratie met specifieke apparatuur	75%
P21	Bovenprothese	75%
P25	Onderprothese	75%
P27	Reoccluderen	75%
P28	Naregistratie en remounten	75%
P29	Extra te berekenen voor elk overkapt element	75%
P30	Boven- en onderprothese	75%
P36	Individuele afdruk zonder randopbouw	75%
P37	Frontopstelling in aparte zitting	75%
P38	Extra voor bepaling verticale beethoogte met behulp van specifieke apparatuur	75%
P39	Extra voor bepaling neutrale zone	75%
P40	Toeslag immediaat prothese per element	75%
P41	Extra voor relinen van alginaat-afdruk	75%
P42	Extra voor specifieke A-zone-bepaling	75%
P43	Extra voor extra beetbepaling van waswallen	75%
P45	Noodprothese	75%
P56	Tissueconditioning partiële prothese	75%
P65	Planmatig inslijpen van bestaande prothese	75%

Zonder machtiging:

De volgende vergoedingen gelden alleen voor volledige prothesen:

P00	Techniekkosten betreffende P01, P02, P03, P04, P07 en P08	100%
P01	Rebasen/relinen per werkstuk indirect zonder randopbouw	100%
P02	Rebasen/relinen per werkstuk indirect met randopbouw	100%
P03	Rebasen/relinen per werkstuk direct zonder randopbouw	100%

Po4	Rebasen/relinen per werkstuk direct met randopbouw	100%
Po7	Reparatie prothese zonder afdruk	100%
Po8	Reparatie prothese met afdruk	100%

8.21.a* Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen

Vergoed worden de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening, dan wel een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.

Het betreft de volgende afwijkingen:

- het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn, de verstandskiezen hieronder niet begrepen;
- een kaakgewrichtsafwijking (pijndisfunctie-syndroom), als gebleken is dat een eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts, algemeen practicus, bijvoorbeeld door inslijpen en opbeetplaten of de vervaardiging van uitneembare of vastzittende prothetische voorzieningen bij tevoren reeds bestaande onvolkomenheden in dorsale afsteuning of bij diastemen elders in het gebit, niet tot het gewenste resultaat heeft geleid. De kosten van de in de vorige volzin genoemde eerste behandeling in de huispraktijk van de tandarts en/of een gespecialiseerd centrum komen niet voor vergoeding in aanmerking;
- een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnatho- of palatoschisis);
- een uitgebreid defect aan de mond of kaak of het aangezicht, eventueel na een voorgaande chirurgische behandeling (oro-maxillo-faciaal defect).

Het recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist
- en**
- verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door hem goedgekeurd behandelingsplan, van tevoren toestemming heeft verleend.

Geen machtiging wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Vergoed wordt 100% van de gedeclareerde bedragen.

8.21.c* Tandheelkundige implantaten

Een vergoeding van 75% van de kosten van tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdend met het inbrengen daarvan in de kaak, doch uitsluitend indien:

- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandeloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een uitneembare (overkappings)prothese.

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend indien de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Indien de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg, omvat de vergoeding het honorarium van de kaakchirurg (en zo nodig van de anesthesist) en de bijkomende ziekenhuiskosten. In het geval de behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, omvat de vergoeding het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Mesostructuur en prothese op implantaten

Een vergoeding van 75% van de kosten van de mesostructuur op implantaten (het vastzittende deel), alsmede de kosten van de volledige overkappingsprothese op implantaten (het uitneembare deel), doch uitsluitend indien de mesostructuur en de prothese vervaardigd en geplaatst worden door een tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

De aanvraag voor machtiging dient te zijn vergezeld van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de tandarts en de bijkomende materiaal- en techniekkosten.

Indien de mesostructuur en de overkappingsprothese worden vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende Uniforme Particuliere Tarieven (UPT-codes) het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking.

Volledig vergoed worden de kosten van reparatie en rebasen van een bestaande uitneembare overkappingsprothese in boven- of onderkaak.

8.42.a* Orthodontische behandeling in bijzondere gevallen

De kosten van orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts bij een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis).

AV

De AV is aanvullend op de hoofdverzekeringen van verzekeraar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij verzekeraar, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten. Zorg die vanuit deze verzekering wordt vergoed, moet in Nederland worden verstrekt, met uitzondering van het bepaalde in artikel 7 (Buitenlanddekking).

Binnen de grenzen van de Algemene Voorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.10.j* Fysiotherapie/oefentherapie

De kosten - op voorschrift van de huisarts of specialist - van:

- fysiotherapie door een fysiotherapeut waarmee verzekeraar een overeenkomst gesloten heeft;
- oefentherapie door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Per kalenderjaar worden maximaal 6 behandelingen per verzekerde vergoed.

Bij behandeling door een fysiotherapeut die **geen** overeenkomst met verzekeraar heeft gesloten geldt een maximum vergoeding van:

- € 24,50 voor een reguliere zitting
- € 35,50 voor een specialistische zitting
- € 10,70 aan huistoetslag
- € 5,40 inrichtingtoeslag
- € 42,90 voor een onderzoek (eenmalig)

2.11.b Hydrotherapie

Een tegemoetkoming in de kosten van hydrotherapie, zoals georganiseerd door de Reumapatiëntenvereniging of de Nationale Vereniging voor Fibromyalgie-patiënten tot een bedrag van € 136,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.71.b* Reumakuurreis

Vergoeding van deelname aan een reumakuurreis, georganiseerd door een door verzekeraar aangewezen reisorganisator. Verzekeraar stelt jaarlijks het aantal deelnemers vast. Voor deelname komen in aanmerking verzekerden met reumatoïde artritis, artritis psoriatica of M. Bechterew. Bij deelname is verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd.

2.73.a Vakantiekamp

Een vergoeding van maximaal € 5,- per dag gedurende maximaal 14 dagen per kalenderjaar, in de kosten van deelname door een thuisverblijvende zieke of gehandicapte verzekerde aan een vakantiekamp, georganiseerd door een instelling, niet zijnde een instelling in de zin van de Ziekenfondswet of de AWBZ.

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

3.35.a Plaswekker

Op voorschrift van de behandelend arts wordt een plaswekker (inclusief twee sensorbroekjes) geleverd door een door verzekeraar gecontracteerde leverancier.

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

5.01.j Alternatieve behandelwijzen

Voor de kosten van de volgende alternatieve zorgaanbieders en antroposofische therapieën tezamen wordt een vergoeding verleend tot maximaal € 90,- per verzekerde per kalenderjaar:

- Acupuncturist;
- Antroposofisch arts;
- Homeopaat;
- Arts-Moermantherapeut;
- Natuurgeneeskundig arts;
- Orthomoleculaire geneeskundige;
- Osteopaat;
- Chiropractor;
- Neuraaltherapeut;
- Manueel arts.

Voor de kosten van antroposofische therapieën na schriftelijke verwijzing door een antroposofisch arts en verleend door een daartoe bevoegde zorgaanbieder die door verzekeraar als zodanig is erkend.

- a. Kunstzinnige therapie muziek;
- b. Kunstzinnige therapie spraak;
- c. Kunstzinnige therapie beeldend;
- d. Eurythmie therapie;
- e. Uitwendige therapie;
- f. Dieet therapie;
- g. Zuigelingen- en kleuterzorg, vergoeding van consultatiebureau consulten.

Onder de vergoedingsregeling vallen eveneens geregistreerde geneesmiddelen en voedingssupplementen indien deze zijn voorgeschreven door één van bovengenoemde behandelaars, mits dit een bevoegd arts is en de middelen worden betrokken van een apotheker of apotheehoudende huisarts.

Voor reiskosten wordt geen vergoeding verleend.

5.20.b Homeopathische en antroposofische middelen

In afwijking van de voorgaande bepalingen worden de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen voor 100% vergoed, met een maximum van € 113,- per verzekerde per kalenderjaar, wanneer deze middelen:

- door een bevoegd arts zijn voorgeschreven en van een apotheker of apotheehoudende huisarts worden betrokken

en

- 100% homeopathisch dan wel antroposofisch zijn samengesteld

en

- worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen.

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

6.30.e Cosmetische behandelingen

De kosten van cosmetische behandelingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien de behandeling geschiedt door een door verzekeraar erkende deskundige.

a. Camouflagetherapie*

Een bijdrage van 75% in de kosten van de lessen en de te gebruiken materialen. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een door verzekeraar erkende deskundige.

b. Elektrisch epilieren van het gelaat

Bij hirsutisme en indien er een medische achtergrond voor elektrisch epilieren is, ter beoordeling van verzekeraar, een vergoeding van 50% van de kosten.

c. Epilieren door middel van licht-/lasertherapie van het gelaat*

Een vergoeding van 50% van de kosten bij hirsutisme en indien er een medische noodzaak voor epilatie van het gelaat is. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

6.32.a Lymfedrainage

Vergoeding van 100% per behandeling. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut.

6.33.c* Psoriasis

Vergoeding van psoriasisbehandelingen op verwijzing van de huisarts of dermatoloog. Verzekeraar bepaalt of verzekerde voor behandeling in aanmerking komt.

- Het maximum aantal te vergoeden behandelingen is 60 per kalenderjaar. Verzekerde is per behandeling een eigen bijdrage verschuldigd van € 2,30. Voor vergoeding van een eerste consult zonder dat verdere behandeling volgt is verzekerde geen eigen bijdrage verschuldigd. De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief voor het openbaar vervoer.

of

- Bij thuisbehandeling met ultraviolet licht (UVB) op verwijzing van een dermatoloog worden de kosten verbonden aan UVB-thuisbehandeling in verband met psoriasis, eczeem en PMLE vergoed tot maximaal € 564,- per kalenderjaar.

6.34.a Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

Een vergoeding van maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar van de kosten van consulten/behandelingen bij sportblessures.

6.35.b* Stottertherapie

Een vergoeding wordt verleend voor stottertherapie volgens de methode Del Ferro, Instituut Natuurlijk Spreken of de BOMA-methode zoals die wordt gegeven in instituut 'De Pauw' tot maximaal € 340,- per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur.

7. BUITENLANDEKKING

Spoedeisende medische hulp tijdens verblijf in het buitenland

7.10.e Spoedeisende medische hulp

Voor de gemaakte kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp tijdens verblijf in het buitenland gelden de volgende bepalingen:

- Volledige vergoeding van kosten voor spoedeisende hulp, niet zijnde tandheelkundige hulp, tijdens een verblijf in het buitenland voor maximaal 365 achtereenvolgende dagen gerekend vanaf de dag van vertrek uit Nederland op basis van kostprijs (verzekerde klasse).
- De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is gehouden. Op verzoek van verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden.
- De hulpverlening is door of na goedkeuring van de Alarmcentrale, ten deze handelend namens verzekeraar, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisartshulp en apothekershulp.
- Verzekerde of een namens hem handelende derde heeft zo spoedig mogelijk nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd, de Alarmcentrale telefoon: + 31 (0)50 523 47 90 ingeschakeld.
- Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Om voor uitkering in aanmerking te komen, moet verzekerde op verzoek van verzekeraar een verklaring overleggen van de behandelend arts ten behoeve van de medisch adviseur, waaruit blijkt, dat en waarom de opname en/of behandeling medisch noodzakelijk en spoedeisend werd geacht.
- Indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan, of indien de kosten redelijkerwijs te voorzien waren bij het vertrek naar het buitenland, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

Uitsluitingen

De uitkeringen en diensten zijn uitgesloten van dekking in geval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage, studie of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

7.21.b Repatriëring van verzekerden

Volledige dekking van repatriëringskosten op basis van kostprijs. Onder repatriëringskosten worden verstaan de kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden vanuit het buitenland naar Nederland. Het bijzonder vervoer dient medisch noodzakelijk te zijn. Deze kosten dienen in directe relatie te staan met de ziekte of het ongeval. Tevens worden de kosten van terugkeer naar Nederland van medeverzekerde reisgenoten vergoed, op voorwaarde dat er sprake is van repatriëring van verzekerde krachtens de buitenlanddekking.

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

Wanneer de kosten voor behandelingen uitgevoerd door een gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist(e) volgens de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden.

8.13.a Tandheelkundige hulp

Verzekerde heeft recht op onderstaande verstrekkingen, inclusief techniekkosten (alleen in combinatie met genoemde verrichtingen), indien en voor zover hiertoe een tandheelkundige noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts:

R20	Gegoten metalen kroon	€	113,-
R25	Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein of met kunstharsvenster	€	113,-
R26	Jacketkroon met schouderpreparatie	€	113,-
R27	Jacketkroon zonder schouderpreparatie	€	113,-
R08	1-vlaks inlay composiet	€	113,-
R11	1-vlaks inlay	€	113,-
R09	2-vlaks inlay composiet	€	123,-
R12	2-vlaks inlay	€	123,-
R10	3-vlaks inlay composiet	€	157,-
R13	3-vlaks inlay	€	157,-
R40	Eerste dummy	€	113,-
R45	Volgende dummy	€	113,-
R60	Etsbrug zonder preparatie	€	113,-
R61	Etsbrug met preparatie	€	113,-
R65	Toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel	€	20,-
R66	Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee	€	12,-
R78	Labiale veneering zonder preparatie	€	34,-
R79	Labiale veneering met preparatie	€	34,-

Per kalenderjaar wordt voor de gezamenlijke kosten van bovenstaande R-codes maximaal € 227,- vergoed.

P10	Partiële kunstharsprothese 1-4 elementen, exclusief techniekkosten	€	25,-
P15	Partiële kunstharsprothese 5-13 elementen, exclusief techniekkosten	€	36,-
P34	Frame-prothese 1-4 elementen	€	116,-
P35	Frame-prothese 5-13 elementen	€	127,-
P51	Rebasen, indirect zonder randopbouw	€	14,-
P52	Rebasen, indirect met randopbouw	€	14,-
P53	Rebasen, direct zonder randopbouw	€	14,-
P54	Rebasen, direct met randopbouw	€	14,-

Indien het rebasen zowel onder als boven plaatsvindt, verdubbelt de vergoeding.

Alleen verzekerden vanaf 18 jaar met een regelmatig onderhouden en door de tandarts gecontroleerd gebit, kunnen voor deze vergoedingen in aanmerking komen.

8.40.q Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Indien twee of meer kinderen jonger dan 18 jaar, uit één gezin in enige kalendermaand kaak-orthopedische hulp ontvangen wordt € 14,- voor het tweede en volgende onder behandeling zijnde kind vergoed. Indien sprake is van een hoofdverzekering die een vergoeding biedt voor orthodontie, zal de hiergenoemde vergoeding uitsluitend dienen als aanvulling tot aan de werkelijk gemaakte kosten.

AV MEDIUM

De AV Medium is aanvullend op de hoofdverzekeringen van verzekeraar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij verzekeraar, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten. Zorg die vanuit deze verzekering wordt vergoed, moet in Nederland worden verstrekt, met uitzondering van het bepaalde in artikel 7 (Buitenlanddekking).

Binnen de grenzen van de Algemene Voorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekingen een onderdeel vormt, bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.10.k* Fysiotherapie/oefentherapie

De kosten - op voorschrift van de huisarts of specialist - van:

- fysiotherapie door een fysiotherapeut waarmee verzekeraar een overeenkomst gesloten heeft;
- oefentherapie door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Bij behandeling door een fysiotherapeut die **geen** overeenkomst met verzekeraar heeft gesloten geldt een maximum vergoeding van:

- € 24,50 voor een reguliere zitting
- € 35,50 voor een specialistische zitting
- € 10,70 aan huistoelage
- € 5,40 inrichtingtoeslag
- € 42,90 voor een onderzoek (eenmalig)

2.11.b Hydrotherapie

Een tegemoetkoming in de kosten van hydrotherapie, zoals georganiseerd door de Reumapatiëntenvereniging of de Nationale Vereniging voor Fibromyalgie-patiënten tot een bedrag van € 136,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.71.b* Reumakuureis

Vergoeding van deelname aan een reumakuureis, georganiseerd door een door verzekeraar aangewezen reisorganisator. Verzekeraar stelt jaarlijks het aantal deelnemers vast. Voor deelname komen in aanmerking verzekerden met reumatoïde artritis, artritis psoriatica of M. Bechterew. Bij deelname is verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd.

2.73.a Vakantiekamp

Een vergoeding van maximaal € 5,- per dag gedurende maximaal 14 dagen per kalenderjaar, in de kosten van deelname door een thuisverblijvende zieke of gehandicapte verzekerde aan een vakantiekamp, georganiseerd door een instelling, niet zijnde een instelling in de zin van de Ziekenfondswet of de AWBZ.

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

3.33.j Brillenglazen en contactlenzen

De kosten van brillenglazen of contactlenzen worden eenmaal per verzekerde per 3 kalenderjaren vergoed tot maximaal € 50,-. Voor brillenglazen geldt een vergoeding van maximaal € 25,- per brillenglas. Indien zowel brillenglazen als contactlenzen zijn geïndiceerd bestaat slechts recht op vergoeding van, naar keuze, één van beide hulpmiddelen.

Zonnebrillen (monturen en glazen), gekleurde lenzen, gekleurde glazen en dag- en weeklenzen zijn van vergoeding uitgesloten.

3.35.a Plaswекker

Op voorschrift van de behandelend arts wordt een plaswекker (inclusief twee sensorbroekjes) geleverd door een door verzekeraar gecontracteerde leverancier.

4. ZWANGERSCHAP

4.07.a Kraampakket

Een door verzekeraar erkende instelling verstrekt een medisch kraampakket dat op voorschrift van verzekeraar is samengesteld. Een aanvraagkaart voor een kraampakket is verkrijgbaar bij verzekeraar.

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

5.01.o Alternatieve behandelwijzen

Voor de kosten van de volgende alternatieve zorgaanbieders en antroposofische therapieën tezamen wordt een vergoeding verleend tot maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar:

- Acupuncturist;
- Antroposofisch arts;
- Homeopaat;
- Arts-Moermantherapeut;
- Natuurgeneeskundig arts;
- Orthomoleculaire geneeskundige;
- Osteopaat;
- Chiropractor;
- Neuraaltherapeut;
- Manueel arts.

Voor de kosten van antroposofische therapieën na schriftelijke verwijzing door een antroposofisch arts en verleend door een daartoe bevoegde zorgaanbieder die door verzekeraar als zodanig is erkend.

- a. Kunstzinnige therapie muziek;
- b. Kunstzinnige therapie spraak;
- c. Kunstzinnige therapie beeldend;
- d. Euritmie therapie;
- e. Uitwendige therapie;
- f. Dieet therapie;
- g. Zuigelingen- en kleuterzorg, vergoeding van consultatiebureau consulten.

Onder de vergoedingsregeling vallen eveneens geregistreerde geneesmiddelen en voedings-supplementen indien deze zijn voorgeschreven door één van bovengenoemde behandelaars, mits dit een bevoegd arts is en de middelen worden betrokken van een apotheker of apotheekhoudende huisarts.

Voor reiskosten wordt geen vergoeding verleend.

5.20.c Homeopathische en antroposofische middelen

In afwijking van de voorgaande bepalingen worden de homeopathische en antroposofische geneesmiddelen voor 100% vergoed, met een maximum van € 150,- per verzekerde per kalenderjaar, wanneer deze middelen:

- door een bevoegd arts zijn voorgeschreven en van een apotheker of apotheehouderende huisarts worden betrokken
- en
- 100% homeopathisch dan wel antroposofisch zijn samengesteld
- en
- worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen.

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

6.30.d Cosmetische behandelingen

De kosten van cosmetische behandelingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien de behandeling geschiedt door een door verzekeraar erkende deskundige.

a. Camouflagetherapie*

Een eenmalige vergoeding van € 193,- en daarna een bijdrage van 75% in de kosten van de lessen en de te gebruiken materialen.

b. Acnebehandeling*

Volledige vergoeding per verzekerde van de in rekening gebrachte kosten in verband met een acnebehandeling, eenmalig voor de gehele verzekeringsduur tot een bedrag van maximaal € 182,-. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts. Bij tijdelijke onderbreking (maximaal 12 maanden) wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

c. Elektrisch epilieren van het gelaat

Bij hirsutisme en indien er een medische achtergrond voor elektrisch epilieren is, ter beoordeling van verzekeraar, een vergoeding van 50% van de kosten.

d. Epilieren door middel van licht-/lasertherapie van het gelaat*

Een vergoeding van 50% van de kosten bij hirsutisme en indien er een medische noodzaak voor epilatie van het gelaat is. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

6.32.a Lymfedrainage

Vergoeding van 100% per behandeling. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut.

6.33.c* Psoriasis

Vergoeding van psoriasisbehandelingen op verwijzing van de huisarts of dermatoloog. Verzekeraar bepaalt of verzekerde voor behandeling in aanmerking komt.

- Het maximum aantal te vergoeden behandelingen is 60 per kalenderjaar. Verzekerde is per behandeling een eigen bijdrage verschuldigd van € 2,30. Voor vergoeding van een eerste consult zonder dat verdere behandeling volgt is verzekerde geen eigen bijdrage verschuldigd. De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief voor het openbaar vervoer.

of

- Bij thuisbehandeling met ultraviolet licht (UVB) op verwijzing van een dermatoloog worden de kosten verbonden aan UVB-thuisbehandeling in verband met psoriasis, eczeem en PMLE vergoed tot maximaal € 564,- per kalenderjaar.

6.34.a Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

Een vergoeding van maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar van de kosten van consulten/behandelingen bij sportblessures.

6.35.b* Stottertherapie

Een vergoeding wordt verleend voor stottertherapie volgens de methode Del Ferro, Instituut Natuurlijk Spreken of de BOMA-methode zoals die wordt gegeven in instituut 'De Pauw' tot maximaal € 340,- per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur.

7. BUITENLANDEKKING

Spoedeisende medische hulp tijdens verblijf in het buitenland

7.10.e Spoedeisende medische hulp

Voor de gemaakte kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp tijdens verblijf in het buitenland gelden de volgende bepalingen:

- Volledige vergoeding van kosten voor spoedeisende hulp, niet zijnde tandheelkundige hulp, tijdens een verblijf in het buitenland voor maximaal 365 achtereenvolgende dagen gerekend vanaf de dag van vertrek uit Nederland op basis van kostprijs (verzekerde klasse).
- De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel) zijn, dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is gehouden. Op verzoek van verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de behandeling in het buitenland heeft plaatsgevonden.
- De hulpverlening is door of na goedkeuring van de Alarmcentrale, ten deze handelend namens verzekeraar, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisartshulp en apothekershulp.
- Verzekerde of een namens hem handelende derde heeft zo spoedig mogelijk nadat de behoefte aan hulp is geconstateerd, de Alarmcentrale telefoon: + 31 (0)50 523 47 90 ingeschakeld.
- Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Om voor uitkering in aanmerking te komen, moet verzekerde op verzoek van verzekeraar een verklaring overleggen van de behandelend arts ten behoeve van de medisch adviseur, waaruit blijkt, dat en waarom de opname en/of behandeling medisch noodzakelijk en spoedeisend werd geacht.
- Indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan, of indien de kosten redelijkerwijs te voorzien waren bij het vertrek naar het buitenland, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

Uitsluitingen

De uitkeringen en diensten zijn uitgesloten van dekking in geval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage, studie of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

7.21.b Repatriëring van verzekerden

Volledige dekking van repatriëringskosten op basis van kostprijs. Onder repatriëringskosten worden verstaan de kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden vanuit het buitenland naar Nederland. Het bijzonder vervoer dient medisch noodzakelijk te zijn. Deze kosten dienen in directe relatie te staan met de ziekte of het ongeval. Tevens worden de kosten van terugkeer naar Nederland van medeverzekerde reisgenoten vergoed, op voorwaarde dat er sprake is van repatriëring van verzekerde krachtens de buitenlanddekking.

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

Wanneer de kosten voor behandelingen uitgevoerd door een gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist(e) volgens de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden.

8.13.i Tandheilkundige hulp

Verzekerde heeft recht op onderstaande verstrekkingen, inclusief techniekkosten (alleen in combinatie met genoemde verrichtingen), indien en voor zover hiertoe een tandheilkundige noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts:

R20	Gegoten metalen kroon	€	150,-
R25	Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein of met kunstharsvenster	€	150,-
R26	Jacketkroon met schouderpreparatie	€	150,-
R27	Jacketkroon zonder schouderpreparatie	€	150,-
R08	1-vlaks inlay composiet	€	113,-
R11	1-vlaks inlay	€	113,-
R09	2-vlaks inlay composiet	€	123,-
R12	2-vlaks inlay	€	123,-
R10	3-vlaks inlay composiet	€	157,-
R13	3-vlaks inlay	€	157,-
R40	Eerste dummy	€	150,-
R45	Volgende dummy	€	150,-
R60	Etsbrug zonder preparatie	€	113,-
R61	Etsbrug met preparatie	€	113,-
R65	Toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel	€	20,-
R66	Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee	€	12,-
R78	Labiale veneering zonder preparatie	€	34,-
R79	Labiale veneering met preparatie	€	34,-

Per kalenderjaar wordt voor de gezamenlijke kosten van bovenstaande R-codes maximaal € 300,- vergoed.

P10	Partiële kunstharsprothese 1-4 elementen, exclusief techniekkosten	€	25,-
P15	Partiële kunstharsprothese 5-13 elementen, exclusief techniekkosten	€	36,-
P34	Frame-prothese 1-4 elementen	€	116,-
P35	Frame-prothese 5-13 elementen	€	127,-
P51	Rebasen, indirect zonder randopbouw	€	14,-
P52	Rebasen, indirect met randopbouw	€	14,-
P53	Rebasen, direct zonder randopbouw	€	14,-
P54	Rebasen, direct met randopbouw	€	14,-

Indien het rebasen zowel onder als boven plaatsvindt, verdubbelt de vergoeding.

Alleen verzekerden vanaf 18 jaar met een regelmatig onderhouden en door de tandarts gecontroleerd gebit, kunnen voor deze vergoedingen in aanmerking komen.

8.40.t Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Indien twee of meer kinderen jonger dan 18 jaar, uit één gezin in enige kalendermaand kaak-orthopedische hulp ontvangen wordt € 14,- voor het tweede en volgende onder behandeling zijnde kind vergoed.

AV PLUS

De AV Plus is aanvullend op de hoofdverzekeringen van verzekeraar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij verzekeraar, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten. Zorg die vanuit deze verzekering wordt vergoed, moet in Nederland worden verstrekt, met uitzondering van het bepaalde in artikel 7 (Buitenlanddekking).

Binnen de grenzen van de Algemene Voorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

1.14.b Reiskosten ziekenhuisbezoek

Indien verzekerde langer dan 2 maanden is opgenomen in een onder de dekking van de hoofdverzekering vallende instelling, niet zijnde een opname ten laste van de AWBZ, die op tenminste 40 kilometer afstand van het woonadres is gelegen, bestaat na deze twee maanden een mogelijkheid van vergoeding van maximaal 3 bezoeken van gezinsleden per opnameweek. De hoogte van de vergoeding bedraagt € 0,20 per kilometer. De afstand tussen de instelling en het woonadres wordt berekend volgens de kortste weg. Reiskosten in verband met een bezoek aan een in het buitenland gelegen instelling worden niet vergoed.

1.15.a* Vervoer Pisa

De reiskosten voor een begeleider van verzekerde, die voor rekening van verzekeraar een behandeling in Pisa ondergaat, worden vergoed op basis van de kosten van een retourvlucht laagste klasse.

1.20.a Overnachtingskosten logeerhuis

Indien verzekerde wordt opgenomen in een kliniek waardoor (één van) de ouders, of andere verzorgende gezinsleden, verblijven in een Ronald Mc Donald huis, het familiehuis Daniel den Hoed, het Prinses Margriethuis of het Kiwanishuis, verleent verzekeraar een vergoeding van € 12,- per dag, gedurende het bedoelde verblijf.

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.10.k* Fysiotherapie/oefentherapie

De kosten - op voorschrift van de huisarts of specialist - van:

- fysiotherapie door een fysiotherapeut waarmee verzekeraar een overeenkomst gesloten heeft;
- oefentherapie door een oefentherapeut Cesar/Mensendieck.

Bij behandeling door een fysiotherapeut die geen overeenkomst met verzekeraar heeft gesloten geldt een maximum vergoeding van:

- € 24,50 voor een reguliere zitting
- € 35,50 voor een specialistische zitting
- € 10,70 aan huistoeslag
- € 5,40 inrichtingtoeslag
- € 42,90 voor een onderzoek (eenmalig)

2.11.b Hydrotherapie

Een tegemoetkoming in de kosten van hydrotherapie, zoals georganiseerd door de Reumapatiëntenvereniging of de Nationale Vereniging voor Fibromyalgie-patiënten tot een bedrag van € 136,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.40.d Podologie

Een vergoeding van 80% van de kosten van podologische behandelingen, exclusief de verstrekking van zolen, verleend door een door verzekeraar gecontracteerde podoloog of podoposturaal-therapeut. Niet vergoed worden de behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure.

2.40.g Podotherapie

Een vergoeding van 80% van de kosten van podotherapeutische behandelingen, exclusief de verstrekking van zolen, verleend door een podotherapeut. Niet vergoed worden de behandelingen die ook verricht kunnen worden door een pedicure.

2.59.a Overgangsconsulent

Vergoed worden de kosten tot maximaal € 100,- per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur. Vergoeding is uitsluitend van toepassing indien een als zodanig gekwalificeerde overgangsconsulent wordt geraadpleegd.

2.63.a* Kinderopvang

Bij een verblijf langer dan drie aaneengesloten dagen van de bij verzekeraar verzekerde verzorgende ouder in een algemeen ziekenhuis in Nederland, kan aanspraak worden gemaakt op opvang van bij verzekeraar verzekerde kinderen jonger dan 14 jaar. De kinderopvang geldt maximaal drie maanden per ziekenhuisopname per kalenderjaar gedurende maximaal negen aaneengesloten uren per etmaal. Het recht op kinderopvang bestaat tot en met één dag na thuiskomst van de verzorgende ouder uit het ziekenhuis.

Vergoeding vindt uitsluitend plaats in natura. Dat wil zeggen dat de kinderopvang wordt geregeld door de Zorgmakelaar. Er bestaat geen recht op kinderopvang in geval van opname in een ziekenhuis wegens bevalling, revalidatie of opname ten laste van de AWBZ. Het verzoek voor kinderopvang dient zo spoedig mogelijk bij de Zorgmakelaar te worden ingediend.

2.70.a* Herstelingsoord

Vergoed worden de werkelijke kosten van verpleging in één van de in de Begripsomschrijvingen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden genoemde herstelingsoord tot maximaal € 45,- per verpleegdag tot maximaal € 1.350,- per verzekerde per kalenderjaar.

2.71.b* Reumakuureis

Vergoeding van deelname aan een reumakuureis, georganiseerd door een door verzekeraar aangewezen reisorganisator. Verzekeraar stelt jaarlijks het aantal deelnemers vast. Voor deelname komen in aanmerking verzekerden met reumatoïde artritis, artritis psoriatica of M. Bechterew. Bij deelname is verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd.

2.72.b* Therapeutisch kamp

Een vergoeding van maximaal € 7,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar, in de kosten van deelname door een astmatisch kind aan een therapeutisch kamp, op advies van de huisarts of specialist, georganiseerd door een instelling, niet zijnde een instelling in de zin van de Ziekenfondswet of de AWBZ.

2.73.a Vakantiekamp

Een vergoeding van maximaal € 5,- per dag gedurende maximaal 14 dagen per kalenderjaar, in de kosten van deelname door een thuisverblijvende zieke of gehandicapte verzekerde aan een vakantiekamp, georganiseerd door een instelling, niet zijnde een instelling in de zin van de Ziekenfondswet of de AWBZ.

2.80.b* Psychologische hulpverlening

De kosten van consulten of kortdurende behandelingen door een Eerstelijnspsycholoog, GZ-psycholoog of Alternatieve psychologische hulpverlener tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar voor alle consulten en kortdurende behandelingen tezamen. Er wordt geen vergoeding verleend als er gelijktijdig een AWBZ-gefinancierde therapie plaatsvindt. Onder alternatieve psychologische hulpverlening wordt verstaan: Gestalttherapie, Haptotherapie, Biodynamische therapie, Creatieve therapie, Biografische gesprekken, Psychosynthese therapie, Postural Integration, Neo-Reichiaanse therapie en Rouw- en Verliesverwerking.

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

3.21.f Orthopedisch schoeisel

Een aanvullende vergoeding wordt verleend van maximaal € 45,- op de productgebonden eigen bijdrage die krachtens de Bepaling hulpmiddelen wordt gevraagd voor orthopedisch schoeisel en allergeenvrije schoenen.

3.25.a Elastische kousen

Vergoeding van één paar elastische kousen per 18 maanden gerekend vanaf datum levering. Aanspraak op vergoeding bestaat slechts indien hiervoor een indicatie bestaat van waaruit de hoofdverzekering zou overgaan tot vergoeding. De hoogte van de vergoeding is gelijk aan de vergoeding vanuit de hoofdverzekering.

3.30.a* Bijzondere voedingsmiddelen

In bijzondere gevallen, ter beoordeling van de medisch adviseur, kan een vergoeding worden verleend voor vloeibaar voedsel tot maximaal € 272,- per verzekerde per kalenderjaar.

3.33.e Brillenglazen en contactlenzen

De kosten van brillenglazen of contactlenzen worden eenmaal per 3 kalenderjaren vergoed tot maximaal € 136,- per verzekerde. Voor brillenglazen geldt een vergoeding van maximaal € 68,- per brillenglas. Indien zowel brillenglazen als contactlenzen zijn geïndiceerd bestaat slechts recht op vergoeding van, naar keuze, één van beide hulpmiddelen.

Zonnebrillen (monturen en glazen), gekleurde lenzen, gekleurde glazen en dag- en weeklenzen zijn van vergoeding uitgesloten.

3.35.a Plaswekker

Op voorschrift van de behandelend arts wordt een plaswekker (inclusief twee sensorbroekjes) geleverd door een door verzekeraar gecontracteerde leverancier.

3.36.c Orthopedische steunzolen

Eenmaal per 2 kalenderjaren wordt een vergoeding verleend van maximaal € 45,- in de aanschafkosten van orthopedische steunzolen geleverd door een bij Orthobanda of Nederlandse Vereniging van Orthopedische Schoentechnici (NVOS) ingeschreven Orthopedische Schoenmakerij of Orthopedische Instrumentmakerij.

4. ZWANGERSCHAP

4.05.a Kraamzorg na couveuseopname

Indien door een ziekenhuisopname ten gevolge van couveuseopname van de zuigeling geen recht meer bestaat op kraamzorg krachtens enige verzekering of voorziening, bestaat na overleg met het kraamcentrum recht op vergoeding van de kosten verbonden aan maximaal 12 uren kraamzorg binnen 3 maanden na de bevalling.

4.06.a Kraamzorg bij adoptie

Indien een baby wordt geadopteerd die jonger is dan 3 maanden en geen recht bestaat op kraamzorg krachtens enige verzekering of voorziening, bestaat na overleg met het kraamcentrum recht op vergoeding van de kosten verbonden aan maximaal 12 uren kraamzorg.

4.07.a Kraampakket

Een door verzekeraar erkende instelling verstrekt een medisch kraampakket dat op voorschrift van verzekeraar is samengesteld. Een aanvraagkaart voor een kraampakket is verkrijgbaar bij verzekeraar.

4.12.a Gebruik verloskamer

Bij een niet-medisch geïndiceerde poliklinische bevalling in een ziekenhuis worden de kosten voor het gebruik van de verloskamer vergoed, indien en voor zover deze niet ten laste van een van de hoofdverzekeringen van verzekeraar kan worden gebracht.

4.13.a Communicatiemiddel

Ingeval van zwangerschap van verzekerde bestaat recht op vergoeding van de kosten van een oproepontvanger (semafoon). De vergoeding bedraagt € 0,40 per dag gedurende maximaal 60 dagen. Een aanvraagkaart voor een semafoon is verkrijgbaar bij verzekeraar.

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

5.01.k Alternatieve behandelwijzen

Voor de kosten van de volgende alternatieve zorgaanbieders en antroposofische therapieën tezamen wordt een vergoeding verleend tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar:

- Acupuncturist;
- Antroposofisch arts;
- Homeopaat;
- Arts-Moermantherapeut;
- Natuurgeneeskundig arts;
- Orthomoleculaire geneeskundige;
- Osteopaat;
- Chiropractor;
- Neuraaltherapeut;
- Manueel arts.

Voor de kosten van antroposofische therapieën na schriftelijke verwijzing door een antroposofisch arts en verleend door een daartoe bevoegde zorgaanbieder die door verzekeraar als zodanig is erkend.

- a. Kunstzinnige therapie muziek;
- b. Kunstzinnige therapie spraak;
- c. Kunstzinnige therapie beeldend;
- d. Eurythmie therapie;
- e. Uitwendige therapie;
- f. Dieet therapie;
- g. Zuigelingen- en kleuterzorg, vergoeding van consultatiebureau consulten.

Onder de vergoedingsregeling vallen eveneens geregistreerde geneesmiddelen en voedings-supplementen indien deze zijn voorgeschreven door één van bovengenoemde behandelaars, mits dit een bevoegd arts is en de middelen worden betrokken van een apotheker of apotheekhoudende huisarts.

Voor reiskosten wordt geen vergoeding verleend.

5.20.a Homeopathische en antroposofische middelen

De kosten van geregistreerde homeopathische en antroposofische geneesmiddelen worden voor 100% vergoed wanneer deze middelen:

- door een bevoegd arts zijn voorgeschreven en van een apotheker of apotheehoudende huisarts worden betrokken

en

- 100% homeopatisch dan wel antroposofisch zijn samengesteld

en

- worden gefabriceerd door een fabrikant die, krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, vergunning is verleend tot het bereiden van homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen.

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

6.30.d Cosmetische behandelingen

De kosten van cosmetische behandelingen komen alleen voor vergoeding in aanmerking indien de behandeling geschiedt door een door verzekeraar erkende deskundige.

a. Camouflagetherapie*

Een eenmalige vergoeding van € 193,- en daarna een bijdrage van 75% in de kosten van de lessen en de te gebruiken materialen.

b. Acnebehandeling*

Volledige vergoeding per verzekerde van de in rekening gebrachte kosten in verband met een acnebehandeling, eenmalig voor de gehele verzekeringsduur tot een bedrag van maximaal € 182,-. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts. Bij tijdelijke onderbreking (maximaal 12 maanden) wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.

c. Elektrisch epilieren van het gelaat

Bij hirsutisme en indien er een medische achtergrond voor elektrisch epilieren is, ter beoordeling van verzekeraar, een vergoeding van 50% van de kosten.

d. Epilieren door middel van licht-/lasertherapie van het gelaat*

Een vergoeding van 50% van de kosten bij hirsutisme en indien er een medische noodzaak voor epilatie van het gelaat is. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

6.32.a Lymfedrainage

Vergoeding van 100% per behandeling. De vergoeding zal alleen worden verleend indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut.

6.33.c* Psoriasis

Vergoeding van psoriasisbehandelingen op verwijzing van de huisarts of dermatoloog. Verzekeraar bepaalt of verzekerde voor behandeling in aanmerking komt.

- Het maximum aantal te vergoeden behandelingen is 60 per kalenderjaar. Verzekerde is per behandeling een eigen bijdrage verschuldigd van € 2,30. Voor vergoeding van een eerste consult zonder dat verdere behandeling volgt is verzekerde geen eigen bijdrage verschuldigd. De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief voor het openbaar vervoer.

of

- Bij thuisbehandeling met ultraviolet licht (UVB) op verwijzing van een dermatoloog worden de kosten verbonden aan UVB-thuisbehandeling in verband met psoriasis, eczeem en PMLE vergoed tot maximaal € 564,- per kalenderjaar.

6.34.a Sport Medisch Adviescentrum (SMA)

Een vergoeding van maximaal € 50,- per verzekerde per kalenderjaar van de kosten van consul-ten/behandelingen bij sportblessures.

6.35.b* Stottertherapie

Een vergoeding wordt verleend voor stottertherapie volgens de methode Del Ferro, Instituut Natuurlijk Spreken of de BOMA-methode zoals die wordt gegeven in instituut 'De Pauw' tot maxi-maal € 340,- per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur.

7. BUITENLANDEKING

Spoedeisende medische hulp tijdens verblijf in het buitenland

7.10.e Spoedeisende medische hulp

Voor de gemaakte kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke hulp tijdens verblijf in het buitenland gelden de volgende bepalingen:

- Volledige vergoeding van kosten voor spoedeisende hulp, niet zijnde tandheelkundige hulp, tijdens een verblijf in het buitenland voor maximaal 365 achtereenvolgende dagen gerekend vanaf de dag van vertrek uit Nederland op basis van kostprijs (verzekerde klasse).
- De vergoeding van kosten vallend onder de buitenlanddekking vindt uitsluitend plaats tegen inlevering van de originele en gespecificeerde nota's. De originele nota moet op een zodanige wijze gespecificeerd en gewaarmerkt (handtekening en naamstempel) zijn, dat zonder ver-dere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding verzekeraar is gehouden. Op verzoek van verzekeraar dienen betalingsbewijzen te worden overhandigd. Indien hier niet aan wordt voldaan, kan verzekeraar weigeren tot betaling over te gaan.
- Vergoeding geschiedt in wettig Nederlands betaalmiddel tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de behandeling in het buitenland heeft plaats-gevonden.
- De hulpverlening is door of na goedkeuring van de Alarmcentrale, ten deze handelend namens verzekeraar, tot stand gekomen. Deze goedkeuring is niet vereist voor huisartshulp en apothekershulp.
- Verzekerde of een namens hem handelende derde heeft zo spoedig mogelijk nadat de behoef-te aan hulp is geconstateerd, de Alarmcentrale telefoon: + 31 (0)50 523 47 90 ingeschakeld.
- Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- Om voor uitkering in aanmerking te komen, moet verzekerde op verzoek van verzekeraar een verklaring overleggen van de behandelend arts ten behoeve van de medisch adviseur, waar-uit blijkt, dat en waarom de opname en/of behandeling medisch noodzakelijk en spoedeisend werd geacht.
- Indien het verblijf in het buitenland uitsluitend of mede tot doel had aldaar een opname of een behandeling te ondergaan, of indien de kosten redelijkerwijs te voorzien waren bij het vertrek naar het buitenland, komen deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

Uitsluitingen

De uitkeringen en diensten zijn uitgesloten van dekking in geval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage, studie of uitzending door een vrijwilligers-of zendingsorganisatie.

7.21.b Repatriëring van verzekerden

Volledige dekking van repatriëringskosten op basis van kostprijs. Onder repatriëringskosten worden verstaan de kosten van bijzonder vervoer van zieken of gewonden vanuit het buitenland naar Nederland. Het bijzonder vervoer dient medisch noodzakelijk te zijn. Deze kosten dienen in directe relatie te staan met de ziekte of het ongeval. Tevens worden de kosten van terugkeer naar

Nederland van medeverzekerde reisgenoten vergoed, op voorwaarde dat er sprake is van repatriëring van verzekerde krachtens de buitenlanddekking.

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

Wanneer de kosten voor behandelingen uitgevoerd door een gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist(e) volgens de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden.

8.13.b Tandheelkundige hulp

Verzekerde heeft recht op onderstaande verstrekkingen, inclusief techniekkosten (alleen in combinatie met genoemde verrichtingen), indien en voor zover hiertoe een tandheelkundige noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts.

R20	Gegoten metalen kroon	€ 188,-
R25	Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein of met kunstharsvenster	€ 188,-
R26	Jacketkroon met schouderpreparatie	€ 188,-
R27	Jacketkroon zonder schouderpreparatie	€ 188,-
R28	Endokroon, indirect vervaardigd	100%
R29	Roestvrijstalen kroon	100%
Ro8	1-vlaks inlay composiet	€ 113,-
R11	1-vlaks inlay	€ 113,-
RO9	2-vlaks inlay composiet	€ 123,-
R12	2-vlaks inlay	€ 123,-
R10	3-vlaks inlay composiet	€ 157,-
R13	3-vlaks inlay	€ 157,-
R40	Eerste dummy	€ 188,-
R45	Volgende dummy	€ 188,-
R31	Opbouw plastisch materiaal	€ 22,-
R32	Gegoten opbouw indirecte methode	€ 68,-
R33	Gegoten opbouw directe methode	€ 68,-
R60	Etsbrug zonder preparatie	€ 113,-
R61	Etsbrug met preparatie	€ 113,-
R65	Toeslag voor elke volgende dummy in hetzelfde tussendeel	€ 20,-
R66	Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee	€ 12,-
R78	Labiale veneering zonder preparatie	€ 84,-
R79	Labiale veneering met preparatie	€ 84,-
P10	Partiële kunstharsprothese 1-4 elementen	€ 25,-
P15	Partiële kunstharsprothese 5-13 elementen	€ 36,-
P34	Frame-prothese 1-4 elementen	€ 250,-
P35	Frame-prothese 5-13 elementen	€ 340,-
P51	Rebasen, indirect zonder randopbouw	€ 14,-
P52	Rebasen, indirect met randopbouw	€ 14,-
P53	Rebasen, direct zonder randopbouw	€ 14,-
P54	Rebasen, direct met randopbouw	€ 14,-

Indien het rebasen zowel onder als boven plaatsvindt, verdubbelt de vergoeding.

Per kalenderjaar komen voor de gezamenlijke kosten van bovenstaande R-codes maximaal 3 elementen voor vergoeding in aanmerking.

Alleen verzekerden vanaf 18 jaar met een regelmatig onderhouden en door de tandarts gecontroleerd gebit, kunnen voor deze vergoedingen in aanmerking komen.

8.40.m Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Voor kinderen jonger dan 18 jaar wordt per behandelmaand € 7,- vergoed. Indien twee of meer kinderen jonger dan 18 jaar, uit één gezin in enige kalendermaand kaakorthopedische hulp ontvangen wordt € 14,- voor het tweede en volgende onder behandeling zijnde kind vergoed. Voor verzekerden vanaf 18 jaar bedraagt de vergoeding € 16,- per maand. Indien sprake is van een hoofdverzekering die een vergoeding biedt voor orthodontie, zal de hiergenoemde vergoeding uitsluitend dienen als aanvulling tot aan de werkelijk gemaakte kosten.

KLASSEVERZEKERING

11.10.d KLASSEVERZEKERING

De klasseverzekering is aanvullend op de hoofdverzekeringen van verzekeraar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij verzekeraar, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten. Zorg die vanuit deze verzekering wordt vergoed, moet in Nederland worden verstrekt.

Binnen de grenzen van de Algemene Voorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekingen een onderdeel vormt, bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

1. Opname voor langer dan 24 uur in de verzekerde klasse van een ziekenhuis

Verzekeringnemer heeft recht op uitkering wegens verpleging met uitzondering van een sanatorium met kliniek voor longziekten, volgens de verpleegprijs voor de verzekerde klasse mits ook daadwerkelijk opgenomen voor deze klasse, verminderd met de verpleegprijs voor de laagste klasse van dit ziekenhuis.

Indien opname in een ziekenhuis plaatsvindt in een lagere dan de verzekerde klasse, dan wordt op verzoek van verzekerde € 23,- per verpleegdag vergoed.

2. Bijkomende kosten

Verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van de bijkomende kosten voortvloeiend uit een ziekenhuisopname volgens de geldende prijs, gebaseerd op opname in de verzekerde klasse, verminderd met de geldende prijs gebaseerd op opname in de laagste klasse. Recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien tegelijkertijd recht op vergoeding volgens de eerste alinea bestaat.

3. Klinische specialistenhulp

Verzekeringnemer heeft recht op vergoeding van klinische specialistenhulp, verminderd met het bedrag waarop krachtens de elders lopende verzekering aanspraak gemaakt kan worden, of indien zodanige aanspraken niet bestaan, verminderd met het geldende honorarium volgens het specialistentarief van de ziekenfondsen.

Recht op vergoeding bestaat uitsluitend indien tegelijkertijd recht op vergoeding volgens de eerste alinea bestaat.

TV BASIS

11.86.a TV Basis

De tandheelkundige verzekering is aanvullend op de hoofdverzekeringen van verzekeraar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij verzekeraar, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten.

Verzekerde heeft recht op onderstaande verstrekkingen indien en voor zover hiertoe een medische noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist.

Tenzij anders is vermeld, sluiten de omschrijvingen aan bij de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) voor tandartsen. De procentuele vergoeding is gebaseerd op de officieel goedgekeurde CTG-tarieven, danwel op de in de individuele overeenkomsten vastgestelde tarieven.

Wanneer de kosten voor behandelingen uitgevoerd door een gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist(e) volgens de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden.

Wachttijd

Vanaf de ingangsdatum van deze verzekering geldt een wachttijd van één jaar voor de vergoedingen terzake prothesen en orthodontie.

Anesthesie

A10	Geleidings- en/of infiltratie- anesthesie	100%
A15	Oppervlakte anesthesie	100%

Consulten

C12	Tweede en volgend periodiek preventief onderhoud eenmaal per kalenderjaar	100%
C85	Toeslag weekendbehandeling: zaterdag 00.00 tot zondag 24.00 uur	100%
C86	Toeslag avondbehandeling: tussen 18.00 en 24.00 uur	100%
C87	Toeslag nachtbehandeling: tussen 24.00 en 07.00 uur	100%

Preventieve behandelingen

M50	Tandsteenverwijdering gering, tweemaal per kalenderjaar	100%
of		
M55	Tandsteenverwijdering normaal, tweemaal per kalenderjaar	100%
of		
M59	Tandsteenverwijdering uitgebreid, tweemaal per kalenderjaar	100%

Wortelkanaalbehandelingen

E1	Endodontisch consult	100%
E2	Uitgebreid endodontisch consult	100%
E3	Consult na dentaal trauma	100%
E10	Guttapercha, eerste kanaal	100%
E13	Eenkanalig element	100%
E14	Tweekanalig element	100%
E15	Als E10 voor elk volgend kanaal	100%
E16	Driekanalig element	100%
E17	Vier- of meerkanalig element	100%
E20	Eerste kanaal, pasta	100%
E25	Volgend kanaal, pasta	100%
E30	Mortaalamputatie	100%

E40	Directe pulpa-overkapping	100%
E42	Repositie geluxeerd element	100%
E43	Aanbrengen fixatie d.m.v. spalk	100%
E44	Verwijdering spalk	100%
E45	Aanbrengen rubberdam	100%
E60	Vitaal amputatie/partiële pulpotomie	100%
E76	Initiële wortelkanaal behandeling per kanaal tijdens waarneming	100%
E77	Initiële wortelkanaalbehandeling, eerste kanaal	100%
E78	Initiële wortelkanaalbehandeling, elk volgend kanaal	100%
E85	Elektronische lengte bepaling	100%

Vullingen

Per kalenderjaar worden maximaal 6 vullingen per verzekerde vergoed.

V10	Pitvulling (amalgaam/composiet)	100%
V11	1-vlaks restauratie (amalgaam/composiet)	100%
V12	2-vlaks restauratie (amalgaam/composiet)	100%
V13	3-vlaks restauratie (amalgaam/composiet)	100%
V14	Kroon van plastisch materiaal (amalgaam/composiet)	100%
V15	Directe labiale veneering	100%
V20/21	Etsen t.b.v. composiet, al dan niet in combinatie met etsbare onderlaag (maximaal 6 per kalenderjaar)	100%

Diversen

V50	Cofferdam	100%
-----	-----------	------

Kronen, bruggen en gegoten vullingen voor verzekerden tot 18 jaar (na machtiging)

R00	Techniekkosten (alleen in combinatie met de hieronder genoemde verrichtingen)	100%
R12	2-vlaks inlay	100%
R13	3-vlaks inlay	100%
R14	Extra voor aangegoten pin	100%
R20	Gegoten metalen kroon	100%
R25	Gegoten metalen kroon met opgebakken porselein	100%
R26	Jacketkroon met schouderpreparatie	100%
R27	Jacketkroon zonder schouderpreparatie	100%
R31	Opbouw plastisch materiaal	100%
R32	Indirecte methode	100%
R33	Directe methode	100%
R40	Eerste dummy	100%
R45	Tweede en volgende in hetzelfde tussendeel	100%
R46	Intra-coronaire brugverankering	100%
R49	Toeslag brug op 5 of meer pijlerelementen	100%
R50	Metalen fixatiekap met afdruk	100%
R55	Gipslot met extra afdruk	100%
R60	Etsbrug zonder preparatie	100%
R61	Etsbrug met preparatie	100%
R65	Toeslag voor elke volgende dummy	100%
R66	Toeslag voor elke volgende bevestiging boven het aantal van twee	100%
R70	Kroon onder bestaand frame	100%
R71	Vernieuwen porseleinen facet	100%
R72	Vernieuwen facet plastisch materiaal	100%
R74	Opnieuw vastzetten gegoten restauratie	100%

R75	Opnieuw vastzetten etsbrug	100%
R76	Extra voor gegoten opbouw onder bestaande kroon	100%
R78	Indirecte labiale veneering zonder preparatie	100%
R79	Indirecte labiale veneering met preparatie	100%

Röntgenfoto

X23	OPG t.b.v. orthodontie	100%
X25	Röntgenschedelprofielfoto t.b.v. orthodontie	100%

Verzeerde kan aanspraak maken op maximaal 3 prothesen, waarbij tussen het aanmeten van de tweede en derde prothese tenminste 8 jaren dienen te zijn verstreken.

P00	Techniekkosten betreffende P21, P25 en P30 als aanvulling op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering (totaal 100%)	25%
P14	Individuele afdruk met randopbouw volledige prothese	25%
P21	Bovenprothese	25%
P25	Onderprothese	25%
P30	Boven- en onderprothese als aanvulling op de vergoeding vanuit de hoofdverzekering (totaal 100%)	25%
P36	Individuele afdruk zonder randopbouw	25%
P40	Toeslag immediaat prothese per element	25%
P00	Techniekkosten partiële prothese	€ 16,-
P10	Partiële kunstharsprothese 1-4 elementen, exclusief techniekkosten	100%
P15	Partiële kunstharsprothese 5-13 elementen, exclusief techniekkosten	100%
P16	Individuele afdruk met randopbouw partiële prothese, exclusief techniekkosten	100%
P29	Extra te berekenen voor elk overkapt element	100%
P34	Frameprothese met 1 tot 4 elementen	€ 59,-
P35	Frameprothese met 5 tot 13 elementen	€ 100,-

De volgende vergoedingen gelden alleen voor partiële prothesen:

P51	Rebasen/relinen per werkstuk indirect zonder randopbouw, exclusief techniekkosten	100%
P52	Rebasen/relinen per werkstuk indirect met randopbouw, exclusief techniekkosten	100%
P53	Rebasen/relinen per werkstuk direct zonder randopbouw, exclusief techniekkosten	100%
P54	Rebasen/relinen per werkstuk direct met randopbouw, exclusief techniekkosten	100%
P57	Reparatie prothese zonder afdruk, exclusief techniekkosten	100%
P58	Reparatie prothese met afdruk, exclusief techniekkosten	100%
P79	Uitbreiding prothese met element of anker, exclusief techniekkosten	100%

Indien een volledige gebitsprothese wordt geleverd door een door verzekeraar gecontracteerde tandprotheticus wordt 25% vergoed.

Prothese op implantaten

I85	Boven- en onderprothese	€ 180,-
I87	Onderprothese	€ 90,-

Parodontologie

Het doorlopen van het 'parodontologieprotocol' wordt gedurende de gehele verzekeringsduur eenmalig vergoed, waarbij de vergoeding voor het aantal consulten nazorg (T51-T56) is beperkt tot twee. Vergoedingen voor eerder doorlopen stappen in het protocol zijn niet mogelijk (zie artikel 11.91.a voor inhoudelijke uitleg over het parodontologieprotocol).

Uitgevoerd door tandarts of mondhygiënist in loondienst:

T11	Onderzoek met pocketstatus (kan zonder machtiging)	75%
of		
T12	Onderzoek met parodontiumstatus (kan zonder machtiging)	75%

T21	Scaling en rootplanning door tandarts per element	75%
T22	Scaling en rootplanning door mondhygiënist per element	75%
T31	Herbeoordeling met pocketstatus	75%
T32	Herbeoordeling met parodontiumstatus	75%
T33	Uitgebreid bespreken vervolgtraject	75%
T70	Flapoperatie in een interdentale ruimte	75%
T71	Flapoperatie per sextant	75%
T72	Flapoperatie uitgebreid per sextant	75%
T73	Directe post-operatieve zorg, kort	75%
T74	Directe post-operatieve zorg, uitgebreid	75%
T75	Post-operatief evaluatieonderzoek met parodontiumstatus	75%
T76	Tuber- of retromolaar plastiek	75%
T51	Kort consult parodontale nazorg tandarts	75%
T52	Kort consult parodontale nazorg mondhygiënist	75%
T53	Consult parodontale nazorg tandarts	75%
T54	Consult parodontale nazorg mondhygiënist	75%
T55	Uitgebreid consult parodontale nazorg tandarts	75%
T56	Uitgebreid consult parodontale nazorg mondhygiënist	75%
T60	Evaluatieonderzoek met pocketstatus	75%
T61	Evaluatieonderzoek met parodontiumstatus	75%

De initiële behandeling, herbeoordeling en nazorg kunnen, onder de bovenomschreven voorwaarden, worden uitgevoerd door een door verzekeraar gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist, na schriftelijke verwijzing door een tandarts. Vergoed wordt 75% van de in de individuele overeenkomst vastgestelde tarieven.

De volgende verrichtingen, niet vallend onder het parodontologieprotocol, komen voor vergoeding in aanmerking:

T81	Tuber- of retromolaar plastiek	75%
T82	Gingivectomie per element	75%
T83	Gingivectomie per sextant	75%

Gnathologie

Wanneer uit het uitgebreid functieonderzoek blijkt dat er vanuit de betreffende hoofdverzekering aanspraak bestaat op tandheelkundige hulp wegens zeer ernstige craniomandibulaire dysfunctie, dan worden de volgende behandelingen alsnog vergoed:

G01	Uitgebreid Functieonderzoek (UFO)	100%
G61	Instructie spieroefeningen	100%
G62	Occlusale spalk (exclusief techniekkosten)	100%
G63	Repositiespalk (exclusief techniekkosten)	100%
G64	Controlebezoek spalk	100%

Orthodontie door tandarts

De genoemde vergoedingspercentages gelden voor de door het CTG vastgestelde tarieven.

D01	Diagnostiek: modelanalyse	100%
D12	Cephalometrische analyse exclusief foto	100%
D21	Behandeling uitneembare apparatuur: aanvangstoelage	100%
D22	Behandeling uitneembare apparatuur: overgangstoelage naar partieel vast	100%
D23	Behandeling uitneembare apparatuur: overgangstoelage naar vaste apparatuur	100%
D24	Uitneembare apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
D25	Uitneembare apparatuur behandelingsmaandtarief vanaf de 25e maand	50%
D31	Behandeling met partieel vaste apparatuur: aanvangstoelage	100%
D32	Behandeling met partieel vaste apparatuur: overgangstoelage naar volledig vast	100%

D33	Partieel vaste apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
D34	Partieel vaste apparatuur behandelingsmaandtarief vanaf de 25e maand	50%
D41	Behandeling met vaste apparatuur: aanvangstoelage	100%
D42	Behandeling vaste apparatuur behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%
D43	Behandeling vaste apparatuur behandelingsmaandtarief 25e maand e.v.	50%
D53	Behandeling m.b.v. eenvoudige orthodontische apparatuur	100%
D54	Controlebezoek	100%

Orthodontie gegeven door orthodontist

Consultatie en diagnostiek

221101	Eerste consult	100%
221102	Vervolgconsult	100%
221103	Controle bezoek	100%
221105	Gebitsmodellen	100%
221106	Beoordeling gebitsmodellen	100%

Röntgenonderzoek

221110	Intra-orale röntgenfoto 3 x 4 cm	100%
221111	Occlusale opbeet foto	100%
221112	Extraorale röntgenfoto 13 x 18 cm	100%
221113	Röntgenonderzoek d.m.v. hand/polsfoto's	100%
221114	Vervaardiging orthopantomogram	100%
221115	Beoordeling orthopantomogram	100%
221116	Vervaardiging laterale schedelfoto	100%
221117	Beoordeling laterale schedelfoto	100%
221118	Vervaardiging voor-achterwaartse schedelfoto	100%
221119	Beoordeling voor-achterwaartse schedelfoto	100%

Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur

221130	Aanvangstoelage uitneembare apparatuur	100%
221131	Overgangstoelage uitneembaar naar partieel vast	100%
221132	Overgangstoelage uitneembaar naar volledig vast	100%
221133	Behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%

Behandeling met partieel vaste apparatuur

221140	Aanvangstoelage partieel vaste apparatuur	100%
221141	Overgangstoelage partieel vast naar volledig vast	100%
221143	Behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%

Behandeling met volledig vaste apparatuur in boven-en onderkaak

221150	Aanvangstoelage volledig vaste apparatuur	100%
221153	Behandelingsmaandtarief t/m 24e maand	50%

Behandeling met uitneembare, partieel vaste en volledig vaste apparatuur

221163	Behandelingsmaandtarief 25e maand en volgende	50%
221171	Behandeling m.b.v. eenvoudige apparatuur	100%
Voegtijdige behandeling bij schisis gedurende de eerste twee levensjaren		

Diversen

221183	Extractie per element	100%
221184	Fiberotomie per element	100%

TV

11.86.b TV

De tandheelkundige verzekering is aanvullend op de hoofdverzekeringen van verzekeraar. Bij de beoordeling van het recht op vergoeding zal uit worden gegaan van het bestaan van een hoofdverzekering bij verzekeraar, ook indien een hoofdverzekering niet bestaat of elders is gesloten.

Verzekerde heeft recht op onderstaande verstrekkingen indien en voor zover hiertoe een medische noodzaak bestaat en de hulp wordt verleend door een tandarts, orthodontist, tandprotheticus of mondhygiënist.

Tenzij anders is vermeld, sluiten de omschrijvingen aan bij de Uniforme Particuliere Tarieven (UPT) voor tandartsen. De procentuele vergoeding is gebaseerd op de officieel goedgekeurde CTG-tarieven, danwel op de in de individuele overeenkomsten vastgestelde tarieven.

Wanneer de kosten voor behandelingen uitgevoerd door een gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist(e) volgens de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen, zal de vergoeding nooit meer bedragen dan 75% van de voor de tandarts vastgestelde vergoeding conform de verzekeringsvoorwaarden.

Als aanvulling op artikel 11.86.a gelden de volgende vergoedingen:

Consulten

C11	Periodiek preventief onderzoek, eerste in kalenderjaar (eenmaal per verzekerde per kalenderjaar)	100%
C13	Incidenteel consult (eenmaal per verzekerde per kalenderjaar)	100%

Chirurgische behandelingen

H10	Extractie inclusief eenvoudig wondtoilet	100%
H15	Volgende extractie in dezelfde zitting en zelfde kwadrant	100%
H20	Hechten, per alveole	100%
H21	Kosten hechtmateriaal	100%
H25	Uitgebreid wondtoilet	100%
H26	Hechten weke delen	100%
H30	Gecomplieerde extractie zonder mucoperiostale opklap	100%
H35	Gecomplieerde extractie met mucoperiostale opklap	100%
H40	Correctie processus alveolaris per kaak	100%
H41	Frenulum extirpatie	100%
H50	Repositie/replantatie eerste element	100%
H55	Repositie/replantatie buurelement	100%
H70	Weke delen correcties enkelzijdig per kaak	100%
H75	Weke delen correcties dubbelzijdig per kaak	100%

Röntgenfoto

X10	Intra-orale foto (maximaal 4 per kalenderjaar)	100%
-----	--	------

11.91.a PARODONTOLOGIEPROTOCOL

Het parodontologieprotocol is in 1998 tot stand gekomen in overleg met de beroepsgroep tandartsen en vastgelegd in de officiële tariefsbeschikking. In dit protocol is bepaald in welke vaste volgorde en met welke verrichtingencodes de tandarts de tandvleesbehandeling bij u dient uit te voeren. Volgens dit protocol dient de eindevaluatie van de behandeling binnen anderhalf jaar plaats te vinden. Op verwijzing van de tandarts kan een deel van de behandeling worden uitgevoerd door een gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist.

Het doel van dit vaste stappenplan is om uw tandvlees zodanig te behandelen en u zodanig voor te lichten dat u na het doorlopen van het protocol weer een goede mondgezondheid heeft bereikt en zelf in staat bent dat zo te houden. Het betreft een kostbare behandeling welke vanuit een aantal verzekeringen van Geové wordt vergoed. U kunt in de Lijst van Verstrekkingen nazien of u hiervoor verzekerd bent en welke vergoedingen dan voor u van toepassing zijn. Het doorlopen van het protocol wordt éénmaal vergoed gedurende de totale verzekeringsduur. Dat kan ook voldoende zijn want na het doorlopen van het protocol is uw tandvlees immers weer in een zo goed mogelijke conditie.

U doorloopt de volgende stadia van de protocolbehandeling:

1. Eerste onderzoek: (= initieel onderzoek) met heel veel metingen brengt de tandarts of mondhygiënist de omvang van uw tandvleesprobleem in kaart. Dit onderzoek wordt uitgebreid met u besproken (de behandelcodes: T11 of T12)*.
2. Beginbehandeling: (= initiële behandeling) de probleemplaatsen worden door de tandarts, parodontoloog of mondhygiënist zeer grondig schoongemaakt. Tevens krijgt u uitgebreide voorlichting over het onderhoud van uw gebit en uw tandvlees. Dit is van groot belang, want zonder uw inzet kan en zal de behandeling niet het gewenste resultaat opleveren (T21 of T22)*.
3. Herbeoordeling: enige tijd na die eerste behandeling worden de metingen van stap 1 herhaald om vast te stellen wat het resultaat is geweest van de beginbehandeling (T31, T32 eventueel aangevuld met T33)*.
4. Chirurgie: wanneer blijkt dat de beginbehandeling niet voldoende resultaat heeft opgeleverd om een stabiele mondgezondheid te bereiken kunnen plaatselijk kleine operaties nodig zijn (T70 t/m T76)*.
5. Nazorg: wanneer u de voor u nodige behandelingen hebt gehad wordt u nog enige tijd begeleid bij het handhaven van een stabiele mondgezondheid. Van de consulten nazorg worden er door Geové maximaal twee vergoed (T51 t/m T56)*.
6. Eindevaluatie: alle metingen van stap 1 en stap 3 worden nog eens herhaald om vast te stellen wat het resultaat is van de totale behandeling. Dit wordt weer met u besproken (T60 of T61)*.

Dus stap 1 is het gedeelte van onderzoek, de stappen 2 tot en met 4 vormen het gedeelte van de behandeling en de stappen 5 en 6 het gedeelte van nazorg en begeleiding. Wanneer de situatie bij u in het begin niet zeer ernstig was is stap 4 mogelijk niet nodig.

In de verzekeringsvoorwaarden van onze Tandheelkundige Verzekeringen is vastgelegd dat eerder doorlopen stappen van het protocol niet worden vergoed. Tevens is vastgelegd dat er maximaal 2 consulten nazorg worden vergoed.

*T-codes zijn codes voor tandvleesbehandelingen, die door tandartsen en mondhygiënist op hun nota's gebruikt worden.

Geové zorgverzekeraar • Locatie Groningen
Schweitzerlaan 6 • 9728 NP Groningen • Postbus 64 • 9700 MD Groningen
Telefoon (050) 523 33 33 • Fax (050) 523 34 70 • info@geove.nl • www.geove.nl

Q224 012005

