

Lijst van Verstrekkingen

Geové ZorgSelectpolis

Ingaande 1 januari 2005

	Pagina
Overzicht inhoud hoofdverzekering en aanvullende verzekeringen	2
Algemeen	
- Eigen risico.....	4
- Machtiging.....	4

Indienen nota's

Voor een feilloze verwerking van de nota's die u indient, hebben wij een eenvoudig systeem ontwikkeld. U hoeft geen ingewikkelde declaratieformulieren in te vullen. Ziektekostennota's kunt u eenvoudig indienen door gebruikmaking van notastickers. In principe kunt u alle nota's voorzien van de juiste notasticker, rechtstreeks laten vergoeden door Geové.

- Ziekenhuis, specialist, fysiotherapeut, huisarts en tandarts. Geové vergoedt deze nota's rechtstreeks.
- Apotheek. De meeste apotheken in Nederland hebben een overeenkomst gesloten met Geové, waardoor zij nota's bij Geové kunnen indienen via een incassosysteem. Overleg met uw apotheker of deze mogelijkheid van toepassing is. Is dit het geval, dan vergoedt Geové de nota rechtstreeks aan uw apotheker. Biedt uw apotheker deze mogelijkheid niet dan kunt u zelf de nota, voorzien van een notasticker met polisnummer, indienen bij Geové. De kosten worden dan naar keuze rechtstreeks aan u of uw apotheker vergoed. De kosten van geneesmiddelen vallen niet onder het eigen risico, met uitzondering van de farmaceutische zorg die door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht en de vergoeding van de meerkosten als gevolg van het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel.

PAKKET A (pagina 4)

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

- Ziekenhuisopname
- Poliklinische zorg
- Revalidatie
- Plastische chirurgie
- Zelfstandig behandelcentrum
- Ziekenvervoer per ambulance
- Ziekenvervoer klinisch
- Ziekenvervoer poliklinisch
- Reiskosten ziekenhuisbezoek
- Overnachtingskosten logeerhuis

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

- Huisarts
- Second opinion
- Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie
- Audiologisch centrum
- Preventieve geneeskunde en geneeswijzen
- Gezondheidsbevorderende cursussen
- Kinderopvang
- Psychologische hulpverlening
- Ergotherapie

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

- Farmaceutische zorg
- Dieetpreparaten
- Verbandmiddelen
- Hulpmiddelen
- Bijzondere voedingsmiddelen
- Chronisch intermitterende beademing
- Brillenglazen en contactlenzen
- Huurkosten bewakingsapparatuur ter voorkoming wiegendood

4. ZWANGERSCHAP

- Bevalling
- Bevalling en kraamzorg
- Meerlingenuitkering
- In vitro fertilisatie (IVF) of ICSI
- Kraamzorg na couveuseopname
- Kraamzorg bij adoptie
- Sterilisatie

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

- Leukemie bij kinderen
- Nierdialyse
- Orgaantransplantaties
- Cosmetische behandelingen
- Erfelijkheidsonderzoek
- Lymfedrainage
- Psoriasis
- Sport Medisch Adviescentrum (SMA)
- Sportmedisch onderzoek
- Diëtistische voedingsadviezen

7. BUITENLANDEKKING

- Medische hulp in een andere EU/EER-lidstaat

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

- Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen
- Tandheelkundige implantaten

10. OVERIGEN

- De Zorgmakelaar
- Juridische hulp bij ongevallen

PAKKET B (pagina 15)

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

- Ziekenhuisopname
- Poliklinische zorg
- Revalidatie
- Plastische chirurgie
- Zelfstandig behandelcentrum
- Ziekenvervoer per ambulance
- Ziekenvervoer klinisch
- Ziekenvervoer poliklinisch
- Reiskosten ziekenhuisbezoek
- Overnachtingskosten logeerhuis

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

- Huisarts
- Second opinion
- Fysiotherapie/oefentherapie
- Audiologisch centrum
- Logopedie/foniatrie
- Preventieve geneeskunde en geneeswijzen
- Gezondheidsbevorderende cursussen
- Kinderopvang
- Therapeutisch kamp
- Psychologische hulpverlening
- Ergotherapie

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

- Farmaceutische zorg
- Dieetpreparaten
- Verbandmiddelen
- Hulpmiddelen
- Bijzondere voedingsmiddelen
- Chronisch intermitterende beademing
- Brillenglazen en contactlenzen
- Enuresis (plas)wekkert

4. ZWANGERSCHAP

- Sterilisatie
- Leukemie bij kinderen
- Nierdialyse
- Orgaantransplantaties
- Cosmetische behandelingen
- Erfelijkheidsonderzoek
- Lymfedrainage
- Psoriasis
- Sport Medisch Adviescentrum (SMA)
- Sportmedisch onderzoek
- Stottertherapie
- Diëtistische voedingsadviezen

7. BUITENLANDEKKING

- Medische hulp in een andere EU/EER-lidstaat

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

- Tandheelkundige hulp voor verzekerden jonger dan 18 jaar
- Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen
- Tandheelkundige implantaten
- Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

10. OVERIGEN

- De Zorgmakelaar
- Juridische hulp bij ongevallen

PAKKET C (pagina 25)

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

- Ziekenhuisopname
- Poliklinische zorg
- Revalidatie
- Plastische chirurgie
- Zelfstandig behandelcentrum
- Ziekenvervoer per ambulance
- Ziekenvervoer klinisch
- Ziekenvervoer poliklinisch

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

- Huisarts
- Second opinion
- Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie
- Audiologisch centrum
- Preventieve geneeskunde en geneeswijzen
- Overgangsconsulent
- Medische check-up
- Gezondheidsbevorderende cursussen
- Herstellingsoord
- Reumakuurreis
- Psychologische hulpverlening
- Ergotherapie

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

- Farmaceutische zorg
- Dieetpreparaten
- Verbandmiddelen
- Meerkosten volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem
- Hulpmiddelen
- Orthopedisch schoeisel
- Pruiken
- Gehoormiddelen
- Bijzondere voedingsmiddelen
- Chronisch intermitterende beademing
- Brillenglazen en contactlenzen
- Orthopedische steunzolen/inlays

4. ZWANGERSCHAP

- Sterilisatie

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

- Leukemie bij kinderen
- Nierdialyse
- Orgaantransplantaties
- Cosmetische behandelingen
- Erfelijkheidsonderzoek
- Lymfedrainage
- Psoriasis
- Sportmedisch onderzoek
- Diëtistische voedingsadviezen

7. BUITENLANDEKKING

- Medische hulp in een andere EU/EER-lidstaat

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

- Tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen
- Tandheelkundige implantaten

10. OVERIGEN

- De Zorgmakelaar
- Juridische hulp bij ongevallen

MODULE BUITENLAND (pagina 34)

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

- Preventieve geneeswijzen

7. BUITENLANDEKKING

- Buitenland Preventiepakket
- Spoedeisende medische hulp
- Internationale persoonlijke hulpverlening
- Medische bijstand en repatriëring van verzekerden
- Repatriëring na overlijden
- Reisbijzet ter beschikking van een familielid
- Kosten van opsporing en redding
- Toezending van medicijnen
- Doorgeven van boodschappen
- Bemiddeling inzake geld
- Communicatiekosten
- Geldigheidsgebied en uitsluitingen

MODULE ALTERNATIEVE ZORG (pagina 37)

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

- Podotherapie/podoposturaal therapeut

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

- Alternatieve behandelwijzen
- Röntgen- en laboratoriumonderzoek
- Homeopathische en antroposofische middelen

KLASSE 2A of 2B PAKKET (pagina 38)

TAND PLAN BASIS (pagina 39)

TAND PLAN COMPLEET (pagina 41)

PARODONTOLOGIEPROTOCOL (pagina 43)

ALGEMEEN

Eigen risico

Het eigen risico is niet van toepassing op:

1. Kinderopvang volgens artikel 2.63.a van de Lijst van de Verstrekingen van Pakket A en Pakket B, mits geregeld door de Zorgmakelaar;
2. Farmaceutische zorg volgens artikel 3.01.a van de Lijst van Verstrekingen van Pakket A, Pakket B en Pakket C;
3. Kraamzorg in natura volgens artikel 4.02.b van de Lijst van Verstrekingen van Pakket A, mits geregeld door een door verzekeraar gecontracteerd kraamcentrum;
4. Juridische hulp in natura bij ongevallen volgens artikel 10.52.a van de Lijst van Verstrekingen van Pakket A, Pakket B en Pakket C;
5. De Modules Buitenland en Alternatieve Zorg;
6. Tandheelkundige hulp volgens de Lijst van Verstrekingen van het Tand Plan Basis en/of het Tand Plan Compleet.

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.

HOOFDVERZEKERING

De hierna volgende voorwaarden hebben betrekking op afzonderlijk af te sluiten verzekeringen. De verzekeringen zijn van kracht voorzover vermeld op het polisblad.

PAKKET A

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

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

1.01.a* Ziekenhuisopname

Vergeoed 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

Vergeoed 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

Vergoed 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.

1.04.a* Plastische chirurgie

De kosten van plastische (vormgevende) chirurgische behandelingen die het rechtstreekse gevolg zijn van bij een ongeval of een ziekte ontstane ernstige verminkingen of direct bij de geboorte geconstateerde ernstige afwijkingen.

Bij het verzoek om toestemming dienen aan de medisch adviseur te worden overlegd:

- a. een schriftelijke motivatie van de huisarts voor de behandeling;
- b. een schriftelijke motivatie van de behandelend specialist, waaruit de aard en omvang van de afwijking blijkt, alsmede een behandelplan met de vermoedelijke opnameduur.

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.

1.11.a* Ziekenvervoer klinisch

De kosten van ziekenvervoer per taxi of eigen auto bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis of kraaminrichting op medisch advies komen conform de voor ziekenfondsverzekerden van toepassing zijnde regelgeving voor vergoeding in aanmerking, waarbij tevens aan de volgende aanvullende voorwaarden dient te zijn voldaan. 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. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

1.12.a* Ziekenvervoer poliklinisch

De kosten van ziekenvervoer per taxi of eigen auto in verband met poliklinische hulp door een specialist op medisch advies komen conform de voor ziekenfondsverzekerden van toepassing zijnde regelgeving voor vergoeding in aanmerking, waarbij tevens aan de volgende aanvullende voorwaarden dient te zijn voldaan. 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. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

1.14.a Reiskosten ziekenhuisbezoek

De reiskosten van (een) bij verzekeraar verzekerde ouder(s) in verband met het bezoeken van een in het ziekenhuis verblijvend, bij verzekeraar verzekerd, kind jonger dan 16 jaar tot maximaal drie bezoeken per gezin per week.

De vergoeding wordt verleend indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- a. de in het ziekenhuis verblijvende, bij verzekeraar verzekerde, behoort tot het gezin van de bezoekende verzekerde;
- b. de opname van verzekerde vindt plaats in een in Nederland gelegen ziekenhuis en de kosten van die opname komen ten laste van verzekeraar;
- c. de door de bezoekende verzekerde af te leggen afstand van de woning naar het ziekenhuis bedraagt minstens 30 kilometer enkele reis langs de meest gebruikelijke weg.

De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

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

2.01.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.d 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;
- b. manuele therapie door een manueel therapeut tot maximaal 6 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Per kalenderjaar worden maximaal 9 behandelingen fysiotherapie/oefentherapie 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 huistoeslag
- € 5,40 inrichtingtoeslag
- € 42,90 voor een onderzoek (eenmalig)

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

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.

2.52.f Preventieve geneeskunde en geneeswijzen

De kosten van:

- a. inentingen tegen tetanus;
- b. inentingen tegen hondsdolheid;
- c. inentingen tegen hepatitis-B, indien iemand in het gezin reeds is besmet;
- d. inentingen tegen griep;
- e. immunisatie bij zwangerschap.

2.61.a Gezondheidsbevorderende cursussen

- a. Cursus 'Stoppen met roken':

De kosten van een Stivoro (Stichting Volksgezondheid en roken) cursus 'Stoppen met roken' georganiseerd door GGD- of Thuiszorginstellingen per verzekerde, eenmaal per 3 kalenderjaren.

- b. Stress preventie cursus:

De kosten van een stress preventie cursus tot maximaal € 250,- per verzekerde, eenmaal per 3 kalenderjaren.

Vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de nota vergezeld gaat van een afrondingscertificaat.

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.

2.80.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.

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.a 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 apothekhoudend 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.

De kosten van farmaceutische zorg zoals omschreven in dit artikel vallen niet onder het eigen risico, met uitzondering van de farmaceutische zorg die door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

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 prijsopgave 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.

3.30.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.

3.31.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.

3.33.d Brillenglazen en contactlenzen

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

De periode van 3 jaar wordt, tijdens de verzekeringsduur, geacht te zijn begonnen vanaf de aanschafdatum van de brillenglazen of de contactlenzen. Indien uit de nota niet duidelijk blijkt wanneer de aanschaf heeft plaatsgevonden, is de notadatum bepalend voor de aanvang van de periode van 3 jaar.

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

3.34.a* Huurkosten bewakingsapparatuur ter voorkoming wiegendood

Op voorschrift van een huisarts of specialist wordt gedurende maximaal 18 maanden bewakings-apparatuur in bruikleen verstrekt door verzekeraar.

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), poli-klinische 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.

4.03.a Meerlingenuitkering

Bij geboorte van een meerling, waarvan de moeder bij verzekeraar is verzekerd, bestaat vanaf het 2e kind recht op de volgende vergoeding:

- een eenmalige extra financiële tegemoetkoming van € 227,- per kind

of

- twee dagen extra kraamzorg per kind.

4.04.a* Invitrofertilisatie (IVF) of ICSI

Recht op vergoeding van de kosten van IVF of ICSI op medisch advies. Het verzoek aan de medisch adviseur om machtiging, hetgeen eveneens van toepassing is op de medicatie ter voorbereiding op de IVF- of ICSI-behandeling, dient vergezeld te gaan van een schriftelijke motivatie van de behandelend specialist waarom de behandeling noodzakelijk is.

De IVF- of ICSI-behandeling dient plaats te vinden in een vergunninghoudend ziekenhuis in Nederland. Vergoed worden maximaal drie behandelingen per vrouwelijke verzekerde gedurende de gehele verzekeringsduur. Per poging geldt een eigen bijdrage van € 363,-.

Uitgesloten van vergoeding zijn IVF- of ICSI-behandelingen wanneer er sprake is van infertiliteit op basis van kunstmatig verkregen steriliteit en IVF- of ICSI-behandelingen in combinatie met draagmoederschap.

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.

4.10.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.

6.30.a 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*

Ter camouflage van ontsieringen in het gelaat en op de hals, die door een plastische chirurgische behandeling niet of niet volledig tot verdwijning kunnen worden gebracht, worden de kosten vergoed van lessen en noodzakelijk gebruikte materialen tot maximaal € 454,- per verzekerde per kalenderjaar.

b. Acnebehandelingen*

De kosten van peeling bij ernstige acne tot maximaal € 227,- per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

c. Elektrische epilatie

De kosten van elektrische epilatie van een vrouwelijke verzekerde in verband met extreme haargroei in het gelaat, tot maximaal € 454,- per verzekerde per kalenderjaar.

d. Epileren 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, tot maximaal € 113,- voor de gehele verzekeringsduur. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

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.

6.32.a Lymfedrainage

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

6.33.a* Psoriasis

De kosten van behandeling van ernstige en uitgebreide vormen van psoriasis:

- in een erkend Nederlands psoriasis-dagbehandelingscentrum, tot maximaal € 27,- per behandeling en voor maximaal 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar

of

- door middel van UVB-lichtcabine bij verzekerde thuis. Vergoed worden de kosten van een lichtkuur tot maximaal € 810,- per verzekerde 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.

6.34.c Sportmedisch onderzoek

De kosten van één van de volgende sportmedische onderzoeken bij een Sport Medisch Adviescentrum (SMA), tot maximaal € 75,- per verzekerde per 2 kalenderjaren:

- Basis sportmedisch onderzoek SMA;
- Basisplus sportmedisch onderzoek SMA;
- Groot sportmedisch onderzoek SMA.

6.37.a Diëtistische voedingsadviezen

De kosten van voedingsadviezen door een diëtist tot maximaal € 113,- per verzekerde per kalenderjaar, ingeval van diabetes, hart- en vaataandoeningen of chronische longaandoeningen, na verwijzing door de huisarts.

7. BUITENLANDEKKING

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 spoedeisende 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.

8.21.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:

- a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn, de verstandskiezen hieronder niet begrepen;
- b. 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;
- c. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- d. een lip- of kaak- of verhemeltespheet (cheilo- of gnatho- of palatoschisis);

- e. 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.

10. OVERIGEN

10.01.a 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.

10.52.a 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.

PAKKET B

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

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

1.01.a* Ziekenhuisopname

Vergoed 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

Vergoed 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

Vergoed 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.

1.04.a* Plastische chirurgie

De kosten van plastische (vormgevende) chirurgische behandelingen die het rechtstreekse gevolg zijn van bij een ongeval of een ziekte ontstane ernstige verminkingen of direct bij de geboorte geconstateerde ernstige afwijkingen.

Bij het verzoek om toestemming dienen aan de medisch adviseur te worden overlegd:

- a. een schriftelijke motivatie van de huisarts voor de behandeling;
- b. een schriftelijke motivatie van de behandelend specialist, waaruit de aard en omvang van de afwijking blijkt, alsmede een behandelplan met de vermoedelijke opnameduur.

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.

1.11.a* Ziekenvervoer klinisch

De kosten van ziekenvervoer per taxi of eigen auto bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis of kraaminrichting op medisch advies komen conform de voor ziekenfondsverzekerden van toepassing zijnde regelgeving voor vergoeding in aanmerking, waarbij tevens aan de volgende aanvullende voorwaarden dient te zijn voldaan. 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. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

1.12.a* Ziekenvervoer poliklinisch

De kosten van ziekenvervoer per taxi of eigen auto in verband met poliklinische hulp door een specialist op medisch advies komen conform de voor ziekenfondsverzekerden van toepassing zijnde regelgeving voor vergoeding in aanmerking, waarbij tevens aan de volgende aanvullende voorwaarden dient te zijn voldaan. 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. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

1.14.a Reiskosten ziekenhuisbezoek

De reiskosten van (een) bij verzekeraar verzekerde ouder(s) in verband met het bezoeken van een in het ziekenhuis verblijvend, bij verzekeraar verzekerde, kind jonger dan 16 jaar tot maximaal drie bezoeken per gezin per week.

De vergoeding wordt verleend indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- a. de in het ziekenhuis verblijvende, bij verzekeraar verzekerde, behoort tot het gezin van de bezoekende verzekerde;
- b. de opname van verzekerde vindt plaats in een in Nederland gelegen ziekenhuis en de kosten van die opname komen ten laste van verzekeraar;
- c. de door de bezoekende verzekerde af te leggen afstand van de woning naar het ziekenhuis bedraagt minstens 30 kilometer enkele reis langs de meest gebruikelijke weg.

De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

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

2.01.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.f* Fysiotherapie/oefentherapie

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..

Reiskosten zijn van vergoeding uitgesloten.

Indien er meer dan 9 behandelingen fysiotherapie/oefentherapie, ongeacht de medische indicatie, per kalenderjaar noodzakelijk zijn, is voorafgaande machtiging vereist. Na toestemming is een verlenging mogelijk. Per kalenderjaar worden maximaal 18 behandelingen fysiotherapie/oefentherapie per verzekerde vergoed. Bij het verzoek om machtiging dient een behandelplan van de behandelend arts/fysiotherapeut te zijn gevoegd.

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.

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.

2.52.f Preventieve geneeskunde en geneeswijzen

De kosten van:

- a. inentingen tegen tetanus;
- b. inentingen tegen hondsdolheid;
- c. inentingen tegen hepatitis-B, indien iemand in het gezin reeds is besmet;
- d. inentingen tegen griep;
- e. immunisatie bij zwangerschap.

2.61.a Gezondheidsbevorderende cursussen

- a. Cursus 'Stoppen met roken':

De kosten van een Stivoro (Stichting Volksgezondheid en roken) cursus 'Stoppen met roken' georganiseerd door GGD- of Thuiszorginstellingen per verzekerde, eenmaal per 3 kalenderjaren.

- b. Stress preventie cursus:

De kosten van een stress preventie cursus tot maximaal € 250,- per verzekerde, eenmaal per 3 kalenderjaren.

Vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de nota vergezeld gaat van een afrondingscertificaat.

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 aan-

eengesloten 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.

2.72.a* Therapeutisch kamp

De werkelijke kosten van verblijf van verzekerden jonger dan 18 jaar in een therapeutisch kamp voor astmatische kinderen in Nederland tot maximaal € 340,- per kalenderjaar.

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.

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.a 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 apothekhoudende 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 verzekeringvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar.

De kosten van farmaceutische zorg zoals omschreven in dit artikel vallen niet onder het eigen risico, met uitzondering van de farmaceutische zorg die door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

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.

3.30.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.

3.31.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.

3.33.d Brillenglazen en contactlenzen

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

De periode van 3 jaar wordt, tijdens de verzekeringsduur, geacht te zijn begonnen vanaf de aanschafdatum van de brillenglazen of de contactlenzen. Indien uit de nota niet duidelijk blijkt wanneer de aanschaf heeft plaatsgevonden, is de notadatum bepalend voor de aanvang van de periode van 3 jaar.

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

3.35.a Plaswemaker

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

4. ZWANGERSCHAP

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.

6.30.a 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*

Ter camouflage van ontsieringen in het gelaat en op de hals, die door een plastische chirurgische behandeling niet of niet volledig tot verdwijning kunnen worden gebracht, worden de kosten vergoed van lessen en noodzakelijk gebruikte materialen tot maximaal € 454,- per verzekerde per kalenderjaar.

b. Acnebehandelingen*

De kosten van peeling bij ernstige acne tot maximaal € 227,- per verzekerde per kalenderjaar. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

- c. Elektrische epilatie
De kosten van elektrische epilatie van een vrouwelijke verzekerde in verband met extreme haargroei in het gelaat, tot maximaal € 454,- per verzekerde per kalenderjaar.
- 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, tot maximaal € 113,- voor de gehele verzekeringsduur. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

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.

6.32.a Lymfedrainage

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

6.33.a* Psoriasis

De kosten van behandeling van ernstige en uitgebreide vormen van psoriasis:

- in een erkend Nederlands psoriasis-dagbehandelingscentrum, tot maximaal € 27,- per behandeling en voor maximaal 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
- of**
- door middel van UVB-lichtcabine bij verzekerde thuis. Vergoed worden de kosten van een lichtkuur tot maximaal € 810,- per verzekerde 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.

6.34.c Sportmedisch onderzoek

De kosten van één van de volgende sportmedische onderzoeken bij een Sport Medisch Adviescentrum (SMA), tot maximaal € 75,- per verzekerde per 2 kalenderjaren:

- Basis sportmedisch onderzoek SMA;
- Basisplus sportmedisch onderzoek SMA;
- Groot sportmedisch onderzoek SMA.

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.

6.37.a Diëtistische voedingsadviezen

De kosten van voedingsadviezen door een diëtist tot maximaal € 113,- per verzekerde per kalenderjaar, ingeval van diabetes, hart- en vaataandoeningen of chronische longaandoeningen, na verwijzing door de huisarts.

7. BUITENLANDEKKING

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 spoedeisende 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.a Tandheilkundige hulp voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Voor deze verzekerden bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van de behandeling door een tandarts of een dienst voor jeugd tandverzorging, waaronder zijn begrepen de door deze in rekening gebrachte techniekkosten, tot een maximum van € 340,- per verzekerde per kalenderjaar. Voor verzekeringen met een eigen risico tellen tandartskosten tot het genoemde maximum mee voor het volmaken van het eigen risico.

8.21.a* Tandheilkundige hulp in bijzondere gevallen

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

Het betreft de volgende afwijkingen:

- a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn, de verstandskiezen hieronder niet begrepen;
- b. 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;
- c. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- d. een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnatho- of palatoschisis);
- e. 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.

8.40.c Orthodontische behandeling voor verzekerden jonger dan 18 jaar

De kosten van een eerste consult met betrekking tot de kostenbegroting en orthodontische behandeling (gebitsregulatie) na verwijzing door de huisarts of tandarts.

De vergoeding per verzekerde tot 18 jaar omvat:

- het door een orthodontist, overeenkomstig de door het CTG vastgestelde tarieven, gedeclareerde bedrag
- of**
- het door een tandarts, overeenkomstig de door het CTG vastgestelde tarieven, gedeclareerde bedrag.

De vergoeding bedraagt maximaal € 1.588,- per verzekerde tot 18 jaar tijdens de totale duur van de verzekering.

10. OVERIGEN

10.01.a 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.

10.52.a 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.

PAKKET C

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

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

1.01.a* Ziekenhuisopname

Vergoed 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

Vergoed 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

Vergoed 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.

1.04.a* Plastische chirurgie

De kosten van plastische (vormgevende) chirurgische behandelingen die het rechtstreekse gevolg zijn van bij een ongeval of een ziekte ontstane ernstige verminkingen of direct bij de geboorte geconstateerde ernstige afwijkingen.

Bij het verzoek om toestemming dienen aan de medisch adviseur te worden overlegd:

- a. een schriftelijke motivatie van de huisarts voor de behandeling;
- b. een schriftelijke motivatie van de behandelend specialist, waaruit de aard en omvang van de afwijking blijkt, alsmede een behandelplan met de vermoedelijke opnameduur.

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.

1.11.a* Ziekenvervoer klinisch

De kosten van ziekenvervoer per taxi of eigen auto bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis of kraaminrichting op medisch advies komen conform de voor ziekenfondsverzekerden van toepassing zijnde regelgeving voor vergoeding in aanmerking, waarbij tevens aan de volgende aanvullende voorwaarden dient te zijn voldaan. 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. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

1.12.a* Ziekenvervoer poliklinisch

De kosten van ziekenvervoer per taxi of eigen auto in verband met poliklinische hulp door een specialist op medisch advies komen conform de voor ziekenfondsverzekerden van toepassing zijnde regelgeving voor vergoeding in aanmerking, waarbij tevens aan de volgende aanvullende voorwaarden dient te zijn voldaan. 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. De vergoeding voor het gebruik van de eigen auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

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.c 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. manuele therapie door een manueel therapeut tot maximaal 6 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

Indien er meer dan 9 behandelingen fysiotherapie/oefentherapie, ongeacht de medische indicatie, per kalenderjaar noodzakelijk zijn, is voorafgaande machtiging vereist. Na toestemming is een verlenging mogelijk. Bij het verzoek om machtiging dient een behandelplan van de behandelend arts/fysiotherapeut te zijn gevoegd.

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 inrichtingtoelage
- € 42,90 voor een onderzoek (eenmalig)

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

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.

2.52.e Preventieve geneeskunde en geneeswijzen

De kosten van arts of specialist voor:

- a. onderzoek van hart en bloedvaten;
- b. baarmoederhals- (uitstrijkje) en borstkankeronderzoek;
- c. prostaatonderzoek;
- d. inenting tegen tetanus;
- e. inenting tegen hondsdolheid;
- f. inenting tegen hepatitis-B, indien iemand in het gezin reeds is besmet;
- g. inenting tegen griep.

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.

2.60.a Medische check-up

De kosten van een medische check-up door de huisarts, maximaal éénmaal per verzekerde per vijf kalenderjaren.

2.61.a Gezondheidsbevorderende cursussen

- a. Cursus 'Stoppen met roken':

De kosten van een Stivoro (Stichting Volksgezondheid en roken) cursus 'Stoppen met roken' georganiseerd door GGD- of Thuiszorginstellingen per verzekerde, eenmaal per 3 kalenderjaren.

- b. Stress preventie cursus:

De kosten van een stress preventie cursus tot maximaal € 250,- per verzekerde, eenmaal per 3 kalenderjaren.

Vergoeding wordt uitsluitend verleend indien de nota vergezeld gaat van een afrondingscertificaat.

2.70.a* Herstellingsoord

Vergoed worden de werkelijke kosten van verpleging in één van de in de Begripsomschrijvingen van de Algemene Verzekeringvoorwaarden genoemde herstellingsoorden tot maximaal € 45,- per verpleegdag tot maximaal € 1.350,- 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.

2.80.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.

2.90.a* Ergotherapie

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

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN

3.01.a 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 apotheekhoudend 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.

De kosten van farmaceutische zorg zoals omschreven in dit artikel vallen niet onder het eigen risico, met uitzondering van de farmaceutische zorg die door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht.

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.

3.04.a Eigen bijdrage volgens het Geneesmiddelenvergoedingssysteem

Wanneer de kosten van geneesmiddelen volgens uw verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen, dan zal de eigen bijdrage die is verschuldigd op grond van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem tot een maximum van € 150,- per verzekerde per kalenderjaar vergoed worden.

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.

3.21.c Orthopedisch schoeisel

Bij aanschaf van orthopedisch schoeisel worden de kosten van de door verzekerde verschuldigde eigen bijdrage krachtens de Bepaling hulpmiddelen vergoed. De vergoeding wordt voor verzekerden jonger dan 16 jaar maximaal tweemaal per kalenderjaar en voor verzekerden van 16 jaar en ouder maximaal éénmaal per kalenderjaar verleend.

3.23.c Pruiken

Bij aanschaf van pruiken wordt het meerdere boven de maximale vergoeding krachtens de Bepaling hulpmiddelen tot maximaal € 567,- per verzekerde per kalenderjaar vergoed.

3.24.a Gehoorhulpmiddelen

Bij aanschaf van één of meerdere hoortoestel(len) (al dan niet opgenomen in een brillmontuur) inclusief oorstukje worden de kosten van het meerdere boven de maximale vergoeding krachtens de Bepaling hulpmiddelen tot maximaal € 340,- per verzekerde per kalenderjaar vergoed.

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.

3.31.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.

3.33.d Brillenglazen en contactlenzen

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

De periode van 3 jaar wordt, tijdens de verzekeringsduur, geacht te zijn begonnen vanaf de aanschafdatum van de brillenglazen of de contactlenzen. Indien uit de nota niet duidelijk blijkt wanneer de aanschaf heeft plaatsgevonden, is de notadatum bepalend voor de aanvang van de periode van 3 jaar.

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

3.36.a Orthopedische steunzolen/inlays

De aanschaffkosten van één paar orthopedische steunzolen/inlays geleverd door een bij Orthobanda of Nederlandse Vereniging van Orthopedische Schoentechici (NVOS) ingeschreven Orthopedische Schoenmakerij of Orthopedische Instrumentmakerij. De vergoeding wordt maximaal éénmaal per verzekerde per kalenderjaar verleend.

4. ZWANGERSCHAP

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.

6.30.c 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*

Ter camouflage van ontsieringen in het gelaat en op de hals, die door een plastische chirurgische behandeling niet of niet volledig tot verdwijning kunnen worden gebracht, worden de kosten vergoed van lessen en noodzakelijk gebruikte materialen tot maximaal € 454,- per verzekerde per kalenderjaar.

b. Elektrische epilatie

De kosten van elektrische epilatie van een vrouwelijke verzekerde in verband met extreme haargroei in het gelaat, tot maximaal € 454,- per verzekerde per kalenderjaar.

- c. Epileren 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, tot maximaal € 113,- voor de gehele verzekeringsduur. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

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 verzekerde) van de) onderzochte andere persoon of personen.

6.32.a Lymfedrainage

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

6.33.a* Psoriasis

De kosten van behandeling van ernstige en uitgebreide vormen van psoriasis:

- in een erkend Nederlands psoriasis-dagbehandelingscentrum, tot maximaal € 27,- per behandeling en voor maximaal 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar
- of**
- door middel van UVB-lichtcabine bij verzekerde thuis. Vergoed worden de kosten van een lichtkuur tot maximaal € 810,- per verzekerde per kalenderjaar.

6.34.c Sportmedisch onderzoek

De kosten van één van de volgende sportmedische onderzoeken bij een Sport Medisch Adviescentrum (SMA), tot maximaal € 75,- per verzekerde per 2 kalenderjaren:

- Basis sportmedisch onderzoek SMA;
- Basisplus sportmedisch onderzoek SMA;
- Groot sportmedisch onderzoek SMA.

6.37.a Diëtistische voedingsadviezen

De kosten van voedingsadviezen door een diëtist tot maximaal € 113,- per verzekerde per kalenderjaar, ingeval van diabetes, hart- en vaataandoeningen of chronische longaandoeningen, na verwijzing door de huisarts.

7. BUITENLANDEKKING

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 spoedeisende 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.

8.21.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:

- a. het niet aangelegd zijn van gebitselementen, waarbij het aantal ontbrekende elementen tenminste tien dient te zijn, de verstandskiezen hieronder niet begrepen;
- b. 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;
- c. een defect ten gevolge van een ongeval, waarbij normale prothetische voorzieningen niet toereikend zijn (dento-alveolair defect);
- d. een lip- of kaak- of verhemeltespleet (cheilo- of gnatho- of palatoschisis);
- e. 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 uitneem-

bare 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.

10. OVERIGEN

10.01.a 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.

10.52.a 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.

AANVULLENDE VERZEKERINGEN

De hierna volgende voorwaarden hebben betrekking op afzonderlijk op de hoofdverzekering af te sluiten verzekeringen. De verzekeringen zijn van kracht voorzover vermeld op het polisblad.

MODULE BUITENLAND

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat - indien aanvullend meeverzekerd - recht op vergoeding/verstrekking van:

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.52.g Preventieve geneeswijzen

De kosten van vaccinaties en geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte in het kader van een vakantiereis naar het buitenland. De middelen dienen geleverd te worden door de apotheek, apotheekhoudende huisarts of de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD). De vergoeding betreft vaccinaties en geneesmiddelen tegen de volgende ziektes:

- a. Malaria;
- b. Difterie, Tetanus, Polio (DTP);
- c. Gele koorts;
- d. Tyfus;
- e. Cholera;
- f. Hepatitis-A.

De maximale vergoeding bedraagt € 75,- per verzekerde per kalenderjaar. De kosten van consul-ten van de GGD worden niet vergoed.

7. BUITENLANDEKKING

7.01.a Buitenland Preventiepakket

Bij tijdelijk verblijf van verzekerde in het buitenland wordt voor risicovolle landen een Buitenland Preventiepakket verstrekt na overlegging van een kopie van het reisbiljet of een kopie van het boekingsbewijs. Dit pakket bevat onder andere een bloedtransfusieset, steriele spuitjes, naalden en handschoenen.

Spoedeisende medische hulp tijdens verblijf in het buitenland

7.10.f Spoedeisende medische hulp

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

- De kosten die volgens de verzekeringsvoorwaarden ook in Nederland vergoed zouden worden. De in het buitenland op basis van rechtsgeldige tarieven gemaakte kosten die zouden zijn gemaakt indien de behandeling(en) in Nederland zou(den) hebben plaatsgevonden, tot een maximum van 300% van de gemiddelde rechtsgeldige Nederlandse tarieven. Indien de behandeling(en) in het buitenland door bemiddeling van de Zorgmakelaar heeft (hebben) plaatsgevonden, zullen de volledige kosten worden vergoed.
- De maxima die in Nederland gelden voor de medische kosten zijn van toepassing.
- Kosten verbonden aan opname in een algemeen erkend ziekenhuis worden uitsluitend voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen vergoed. Bij een onderbreking van deze periode met meer dan 30 dagen begint een nieuwe periode. Dit maximum geldt ook voor een in het buitenland begonnen en in Nederland voortgezette behandeling.
- 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 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.
- Reddingskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 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.
- 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.

7.20.a Internationale persoonlijke hulpverlening

Bij ziekenhuisopname van verzekerde in het buitenland zal de Alarmcentrale, telefoon: +31 (0)50 523 47 90 stappen ondernemen om directe betaling van de geneeskundige kosten te waarborgen.

In noodgevallen zal de Alarmcentrale deze kosten voorschieten, mits een garantiestelling dan wel een deposito wordt afgegeven.

De Alarmcentrale zal onderzoek verrichten naar de medische noodzaak en de duur van ziekenhuisopname in het buitenland en zal tevens nagaan of declaraties van geneeskundige kosten correct zijn.

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.a Medische bijstand en repatriëring van verzekerden

Bij ernstige ziekte of ongeval in het buitenland belt of laat verzekerde bellen naar de Alarmcentrale, telefoon: +31 (0)50 523 47 90. Indien de artsen het medisch vervoer van verzekerde naar een beter of meer gespecialiseerd ziekenhuis respectievelijk het repatriëren voorstellen, dan zal de Alarmcentrale zich hiermee belasten. Uitsluitend medische redenen worden in aanmerking genomen bij de keuze van het vervoermiddel. In elk geval zal de goedkeuring van het medisch team van de Alarmcentrale voorafgaan aan het transport. 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.

7.22.a Repatriëring na overlijden

Bij overlijden van verzekerde belast de Alarmcentrale zich met alle formaliteiten ter plaatse en met het transport tot in Nederland. Wordt hiervan geen gebruik gemaakt, dan bestaat recht op vergoeding van de begrafeniskosten ter plaatse en van de kosten van vervoer van de familieleden in de eerste en tweede graad, geregistreerde partner of duurzaam samenlevend persoon, tot maximaal het bedrag dat zou zijn verschuldigd bij vervoer van het stoffelijk overschot van verzekerde naar de woonplaats van verzekerde met een maximum van € 5.672,-.

7.23.a Reisbiljet ter beschikking van een familielid

Bij verblijf in een ziekenhuis langer dan vijf dagen zal de Alarmcentrale zorgdragen voor het regelen van het vervoer van een familielid in de eerste of tweede graad, geregistreerde partner of duurzaam samenwonend persoon, teneinde de in het ziekenhuis opgenomen verzekerde te bezoeken. Verblijfkosten worden vergoed tot maximaal € 68,- per dag, met een maximum van drie dagen.

7.24.a Kosten van opsporing en redding

De Alarmcentrale belast zich met en vergoedt de kosten van opsporing, redding en bergings- en transportwerkzaamheden naar de bewoonde wereld van een vermiste, verongelukte of zieke verzekerde.

7.25.a Toezending van medicijnen

De Alarmcentrale belast zich met het verzenden van medisch noodzakelijke medicijnen die niet ter plaatse verkrijgbaar zijn.

7.26.a Doorgeven van boodschappen

De Alarmcentrale belast zich met het doorgeven van dringende boodschappen, vallende onder de omschreven hulpverlening.

7.27.a Bemiddeling inzake geld

De Alarmcentrale neemt voor haar rekening de bemiddelingskosten (inclusief kosten van overmaken) van het in noodgevallen benodigde geld. Voorschotten of garanties worden niet verstrekt.

7.28.a Communicatiekosten

Indien recht op vergoeding van schade, recht op uitkering of recht op hulpverlening bestaat, worden de noodzakelijk gemaakte telefoon-, telegram-, fax- of e-mailkosten om de Alarmcentrale te bereiken, vergoed.

7.29.a Geldigheidsgebied en uitsluitingen

a. In Nederland wonende verzekerden:

De uitkeringen en diensten zoals in 7.20 t/m 7.28 vermeld, zullen worden toegekend aan verzekerden als zij reizen in de gehele wereld, met uitzondering van Nederland.

b. Buiten Nederland wonende verzekerden:

De uitkeringen en diensten zoals in 7.20 t/m 7.28 vermeld, zullen worden toegekend aan verzekerden als zij reizen in de gehele wereld, met uitzondering van het land waarin hun woonplaats is gelegen.

c. Uitsluitingen:

De uitkeringen en diensten zoals in 7.20 t/m 7.28 vermeld, zijn uitgesloten van dekking ingeval van een reis en het verblijf in het buitenland op basis van detachering, uitzending, stage, studie of uitzending door een vrijwilligers- of zendingsorganisatie.

MODULE ALTERNATIEVE ZORG

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat - indien aanvullend meeverzekerd - recht op vergoeding/verstrekking van:

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.40.a Podotherapie/podoposturaal therapeut

De kosten van maximaal 9 behandelingen door een podotherapeut/podoposturaal therapeut. De kosten van steunzolen en/of inlays, in het kader van de behandeling door een podotherapeut/podoposturaal therapeut, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

5.01.f 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;
- Chiropractor;
- Homeopaat;
- Manueel arts;
- Arts-Moermantherapeut;
- Natuurgeneeskundig arts;
- Neuraaltherapeut;
- Orthomoleculaire geneeskundige;
- Osteopaat.

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.

Voor reiskosten wordt geen vergoeding verleend.

5.04.a Röntgen- en laboratoriumonderzoek

De kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek op advies van een alternatieve zorgaanbieder, in rekening gebracht door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland.

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.

11.10.c KLASSE 2A of 2B PAKKET

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringvoorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat - indien aanvullend meeverzekerd - recht op vergoeding/verstrekking van:

A. Meerkosten klasse 2A of 2B

De meerkosten bij opname in het ziekenhuis in de verzekerde klasse 2A of 2B.

B. Compensatieregeling klasse 2A of 2B

Indien een klasse 2A- of 2B-verzekerde vrijwillig of onvrijwillig vanaf de opnamedatum klasse 3 in een ziekenhuis heeft gelegen, dan kan deze verzekerde na indiening van een verzoek bij verzekeraar naar keuze aanspraak maken op één van de navolgende vergoedingen:

- a. Voor iedere nacht dat een klasse 2A- of 2B-verzekerde klasse 3 in een ziekenhuis heeft gelegen, heeft verzekerde recht op vergoeding van € 23,- per nacht. Indien de vergoeding € 184,- of meer bedraagt, heeft verzekerde de keuze tussen een financiële vergoeding zonder maximum

of

- b. Indien een klasse 2A- of 2B-verzekerde vanaf de opnamedatum minimaal acht aaneengesloten nachten klasse 3 in een ziekenhuis heeft gelegen, dan heeft verzekerde het recht om op kosten van verzekeraar met partner een driedaags kuurarrangement te ondergaan in het kuuroord Thermae 2000 te Valkenburg aan de Geul of in kuuroord Sanadome te Nijmegen. De aanspraak op deze vergoeding vervalt indien verzekerde niet binnen drie maanden na de ontslag datum uit het ziekenhuis het driedaags kuurarrangement heeft ondergaan. Het door verzekeraar met deze kuuroorden afgesloten driedaags kuurarrangement bestaat uit de volgende onderdelen:

- twee overnachtingen (uitgezonderd eerste en tweede Kerstdag) in een één- of tweepersoonskamer met terras en badfaciliteiten met water uit de mineraalrijke bronnen;
- twee ontbijten, twee lunches en twee diners voor maximaal twee personen;

- drie dagen gebruikmaken van de standaardfaciliteiten van het kuuroord (bijvoorbeeld thermale binnen- en buitenbaden met onderwaterstraalmassages, whirlpools, gymnasium voor lichaamstraining, hydrogym, yogatraining);
- persoonlijke ontvangst en begeleiding van verzekerde en eventuele partner;
- intakegesprek en, afhankelijk van persoonlijke gezondheidssituatie, het opstellen van een kuurplan voor de uit het ziekenhuis ontslagen verzekerde.

Niet inbegrepen in het driedaags kuurarrangement zijn de kosten van extra consumpties, therapieën en/of behandelingen. Het recht op het driedaags kuurarrangement is niet overdraagbaar aan derden.

De compensatieregeling is niet van toepassing bij opname in een buitenlands ziekenhuis.

11.83.c TAND PLAN BASIS

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat - indien aanvullend meeverzekerd - recht op de volgende vergoedingen. Tussen haakjes staan de codes uit de Uniforme Particuliere Tarieven voor tandartsen, zoals vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg, die maximaal voor vergoeding in aanmerking komen. 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.

Consulten

Benodigde consulten (C11, C12, C13, C28, C85, C86, C87)

Preventie

Tandsteenverwijdering (M50, M55, M59)

Sealen (V30, V35)

Röntgenfoto's ten behoeve van

Cariëdiagnostiek (X10)

Wortelkanaalbehandeling (X10)

Anesthesie

Geleidings- en/of infiltratie-anesthesie (A10)

Restauraties door middel van plastische materialen

Blijvende 1-, 2- of 3-vlaks vulling van plastisch materiaal en eventuele stiftverankering in het wortelkanaal (V10, V11, V12, V13, V14, V50, V60, V70, V80, V85)

Etstechniek ten behoeve van composiet (V20, V21)

Wortelkanaalbehandeling (E1, E2, E3, E10, E13, E14, E15, E16, E17, E20, E25, E40, E42, E43, E44, E45, E50, E70, E76, E77, E78, E85)

Parodontale behandelingen, mits uitgevoerd volgens het zogenaamde parodontologieprotocol (zie artikel 11.91.a voor inhoudelijke uitleg over het parodontologieprotocol). Kosten voor eerder doorlopen fases van het protocol komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Uitgebreide pocketstatus (T11, T12)

Initiële parodontale behandeling (T21, T22)

Herbeoordeling (T31, T32, T33)

Consulten nazorg (T51, T52, T53, T54, T55, T56)

Flapoperatie en chirurgische nazorg (T70, T71, T72, T73, T74, T75, T76)

Eindevaluatie (T60, T61)

Gingivectomie (deze verrichtingen vallen buiten het parodontologieprotocol) (T82, T83)

Parodontale behandelingen uitgevoerd door een vrijgevestigd mondhygiënist, mits voldaan wordt aan bovenstaande voorwaarden, worden eveneens voor 100% vergoed.

Voor parodontale behandelingen geldt een wachttijd van 1 jaar na ingang van het aanvullend tandartspakket.

Chirurgische behandeling door tandarts

Extracties en wondverzorging (H10, H15, H25, H30, H35)

Apexresectie (H42, H43)

Repositie/replantatie (H50, H55)

Hechten (H20, H21)

Orthodontische behandeling (gebitsregulatie)

De kosten van een eerste consult met betrekking tot de kostenbegroting en orthodontische behandeling (gebitsregulatie) na verwijzing door de huisarts of tandarts:

- a. van het door een orthodontist, overeenkomstig de door het CTG vastgestelde tarieven, gedeclareerde bedrag
- of**
- b. van het door een tandarts, overeenkomstig de door het CTG vastgestelde tarieven, gedeclareerde bedrag.

De vergoeding bedraagt maximaal € 1.588,- per verzekerde tijdens de totale duur van de verzekering*.

*** Voor orthodontie geldt een wachttijd van 1 jaar na ingang van het aanvullend tandartspakket.**

Orthodontie bij kaakorthopedische afwijkingen

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).

Maximum vergoeding

Vergoeding wordt verleend tot het op de polis vermelde maximum per verzekerde per kalenderjaar. De kosten van orthodontie tellen niet mee voor het volmaken van het maximum per verzekerde per kalenderjaar.

Uitsluitingen

Uitgesloten zijn de kosten van:

- a. behandeling die voor, door of ten dienste van tandheelkundige instituten of tandtechnische inrichtingen zijn gemaakt;
- b. tandheelkundige behandelingen die verricht zijn door anderen dan een bevoegd tandarts, tandprotheticus dan wel mondhygiënist;
- c. verzuimde afspraken, behandelingsadviezen, gebitsregistratie, kosten voor tandheelkundige keuringen, het afgeven van attesten en administratiekosten.

De verstrekkingen van deze verzekering komen in de plaats van de overeenkomstige verstrekkingen uit de hoofdverzekering.

11.84.c TAND PLAN COMPLEET

Binnen de grenzen van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat - indien aanvullend meeverzekerd - recht op de volgende vergoedingen. Tussen haakjes staan de codes uit de Uniforme Particuliere Tarieven voor tandartsen, zoals vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg, die maximaal voor vergoeding in aanmerking komen. 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.

Consulten

Benodigde consulten (C11, C12, C13, C28, C85, C86, C87)

Anesthesie

Geleidings- en/of infiltratie-anesthesie (A10)

Preventie

Fluorideapplicatie (M10, M20, M21)

Sealen (V30, V35)

Tandsteenverwijdering (M50, M55, M59)

Röntgendiagnostiek

Röntgenfoto's (X10, X21, X23, X24, X25)

Restauraties

Blijvende 1-, 2- of 3-vlaks vulling van plastisch materiaal en eventuele stiftverankering in een wortelkanaal (V10, V11, V12, V13, V14, V50, V60, V70, V80, V85)

Estetechniek ten behoeve van composiet (V20, V21)

Wortelkanaalbehandeling (E1, E2, E3, E10, E13, E14, E15, E16, E17, E20, E25, E30, E35, E40, E42, E43, E44, E45, E50, E60, E70, E76, E77, E78, E80, E85)

Parodontale behandelingen, mits uitgevoerd volgens het zogenaamde parodontologieprotocol (zie artikel 11.91.a voor inhoudelijke uitleg over het parodontologieprotocol). Kosten voor eerder doorlopen fases van het protocol komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Uitgebreide pocketstatus (T11, T12)

Initiële parodontale behandeling (T21, T22)

Herbeoordeling (T31, T32, T33)

Consulten nazorg (T51, T52, T53, T54, T55, T56)

Flapoperatie en chirurgische nazorg (T70, T71, T72, T73, T74, T75, T76)

Eindevaluatie (T60, T61)

Gingivectomie (deze verrichtingen vallen buiten het parodontologieprotocol) (T82, T83)

Parodontale behandelingen uitgevoerd door een vrijgevestigd mondhygiënist, mits voldaan wordt aan bovenstaande voorwaarden, worden eveneens vergoed.

Voor parodontale behandelingen geldt een wachttijd van 1 jaar na ingang van het aanvullend tandartspakket.

Chirurgische behandeling door tandarts

Extracties en wondverzorging (H10, H15, H25, H30, H35)

Apexresectie (H42, H43)

Repositie/replantatie (H50, H55)

Hechten (H20, H21)

Kronen, bruggen, inlays

Vergoeding van 80% van de kosten van:

Opbouw van plastisch materiaal met stiftverankering in wortelkanaal (R31, Roo)*

Etsbrug als blijvende voorziening (R60, R61, R65, R66, Roo)*

1-vlaks inlay (gegoten vulling) (R11, Roo)*

2-vlaks inlay (gegoten vulling) (R12, Roo)*

3- of meervlaks inlay (gegoten vulling) (R13, Roo)*

Gegoten opbouw met stiftverankering in wortelkanaal (R32, R33, Roo)*

Kronen (R20, R25, R26, R27, Roo)*

Brugdelen (R40, R45, Roo)*

*** Voor R-codes geldt een wachttijd van 1 jaar na ingang van het aanvullend tandartspakket. Techniekkosten komen alleen voor vergoeding in aanmerking in combinatie met de hierboven genoemde verrichtingen.**

Prothetische behandelingen

Vergoeding van 80% van de kosten van:

Volledige prothese:

- per boven- of onderprothese (P21, P25, P30, P14, P36, P37, P27, P28, P38, P39, P41, P43, P29, P40, Poo*)

- rebasen per boven- of onderprothese (Po1, Po2, Po3, Po4, Poo*)

- reparatie per boven- of onderprothese (Po7, Po8, Poo*)

Partiële kunsttharsprothese:

- 1 t/m 4 elementen per boven- of onderprothese (P10, P16, P18, Poo*)

- 5 t/m 13 elementen per boven- of onderprothese (P15, P16, P18, Poo*)

- rebasen per boven- of onderprothese (P51, P52, P53, P54, Poo*)

- reparatie per boven- of onderprothese (P57, P58, Poo*)

- uitbreiden per boven- of onderprothese (P78, P79, Poo*)

Frame-prothese:

- 1 t/m 4 elementen per boven- of onderprothese (P34, Poo*)

- 5 t/m 13 elementen per boven- of onderprothese (P35, Poo*)

- rebasen per boven- of onderprothese (P51, P52, P53, P54, Poo*)

- reparatie per boven- of onderprothese (P57, P58, Poo*)

*** Techniekkosten komen alleen voor vergoeding in aanmerking in combinatie met de hierboven genoemde verrichtingen.**

Orthodontische behandeling (gebitsregulatie)

De kosten van een eerste consult met betrekking tot de kostenbegroting en orthodontische behandeling (gebitsregulatie) na verwijzing door de huisarts of tandarts:

a. van het door een orthodontist, overeenkomstig de door het CTG vastgestelde tarieven, gedeclareerde bedrag

of

b. van het door een tandarts, overeenkomstig de door het CTG vastgestelde tarieven, gedeclareerde bedrag*.

*** Voor orthodontie geldt een wachttijd van 1 jaar na ingang van het aanvullend tandartspakket.**

Orthodontie bij kaakorthopedische afwijkingen

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).

Maximum vergoeding

Vergoeding wordt verleend tot het op de polis vermelde maximum per verzekerde per kalenderjaar. De kosten van orthodontie tellen niet mee voor het volmaken van het maximum per verzekerde per kalenderjaar.

Uitsluitingen

Uitgesloten zijn de kosten van:

- a. behandelingen die voor, door of ten dienste van tandheelkundige instituten of tandtechnische inrichtingen zijn gemaakt;
- b. tandheelkundige behandelingen die verricht zijn door anderen dan een bevoegd tandarts, tandprotheticus dan wel mondhygiënist;
- c. verzuimde afspraken, behandelingsadviezen, gebitsregistratie, kosten voor tandheelkundige keuringen, het afgeven van attesten en administratiekosten.

De verstrekkingen van deze verzekering komen in de plaats van de overeenkomstige verstrekkingen uit de hoofdverzekering.

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 mondhygiënisten op hun nota's gebruikt worden.