

DE LIJST VAN VERSTREKKINGEN BEHORENDE BIJ DE GEOVÉ RZG ZORGSELECTPOLIS

(Bijzondere verzekeringsvoorwaarden)

1-1-2002

	pagina
Overzicht inhoud hoofdverzekering en aanvullende verzekeringen.....	2
Algemeen	
- Eigen risico.....	4
- Omvang van de dekking.....	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. Ziektkostennota'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 RZG.

- Ziekenhuis, specialist, fysiotherapeut, huisarts en tandarts. Geové RZG vergoedt deze nota's rechtstreeks.
- Apotheek. De meeste apotheken in Nederland hebben een overeenkomst gesloten met Geové RZG, waardoor zij nota's bij Geové RZG kunnen indienen via een incassosysteem. Overleg met uw apotheker of deze mogelijkheid van toepassing is. Is dit het geval, dan vergoedt Geové RZG 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 RZG. 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 Geneesmiddelenvergoedingssysteem.

TERUGKEERGARANTIE

Verzekeraar biedt iedere particulier verzekerde de mogelijkheid om terug te keren op een particuliere polis. Iedere particulier verzekerde van verzekeraar die dient over te stappen naar de verplichte ziekenfondsverzekering en kiest voor het ziekenfonds van Geové RZG, krijgt voor een periode van twee jaar gratis terugkeergarantie. Deze terugkeergarantie garandeert verzekerde dat de oude particuliere polis, na medische acceptatie, tegen de geldende premies en voorwaarden kan worden voortgezet, hetgeen door verzekeraar wordt beoordeeld. Indien er geen acceptatie op de oude polis kan plaatsvinden biedt verzekeraar verzekerde de mogelijkheid een Standaardpakketpolis met een aanvullende verzekering af te sluiten, zonder medische selectie, die qua voorwaarden zoveel mogelijk overeenkomt met de oude particuliere polis, hetgeen door verzekeraar wordt beoordeeld, en tegen de voor de oude polis geldende individuele particuliere premie. Ook wanneer de betreffende verzekerde langer dan twee jaar bij het ziekenfonds van Geové RZG blijft, kan de terugkeergarantie, op verzoek van verzekerde, worden voortgezet tegen 15% van de geldende premiekosten van de particuliere polis (exclusief wettelijke heffingen). Wenst verzekerde de terugkeergarantie, maar is hij verzekerd via een ander ziekenfonds, dan berekent verzekeraar 15% van de geldende premiekosten van de particuliere polis (exclusief wettelijke heffingen).

PAKKET A

1. (POLI)KLINISCHE ZORG (pagina 5 en 6)

Ziekenhuisopname
Poliklinische zorg
Revalidatie
Plastische chirurgie
Privé-kliniek
Ziekenvervoer klinisch
Ziekenvervoer poliklinisch
Reiskosten ziekenbezoek
Overnachtingskosten logeershuis

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG (pagina 6 en 7)

Huisarts
Second opinion
Fysiotherapie/oefentherapie
Zorg door een audiologisch centrum
Preventieve geneeskunde en geneeswijzen
Gezondheidsbevorderende cursussen
Kinderopvang
Psychologische hulpverlening
Ergotherapie

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN (pagina 7 en 8)

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

4. ZWANGERSCHAP (pagina 8 en 9)

Bevalling
Kraamzorg
Meerlingenuitkering
Invitrofertilisatie (IVF) of ICSI
Kraamzorg na couveuseopname
Kraamzorg bij adoptie
Sterilisatie

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN (pagina 9 en 10)

Leukemie bij kinderen
Nierdialyse
Orgaantransplantaties
Cosmetische behandelingen
Erfelijkheidsonderzoek
Psoriasis
Sport Medische Adviescentra (SMA) en sportartsen
Sport medisch onderzoek
Diëtistische voedingsadviezen

10. OVERIGEN (pagina 10)

De Zorgmakelaar
Vroegsignalering
Juridische hulp in natura bij ongevallen

PAKKET B

1. (POLI)KLINISCHE ZORG (pagina 10 t/m 12)

Ziekenhuisopname
Poliklinische zorg
Revalidatie
Plastische chirurgie
Privé-kliniek
Ziekenvervoer klinisch
Ziekenvervoer poliklinisch
Reiskosten ziekenbezoek
Overnachtingskosten logeershuis

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG (pagina 12 en 13)

Huisarts
Second opinion

Fysiotherapie/oefentherapie

Zorg door een audiologisch centrum
Logopedie/foniatrie
Preventieve geneeskunde en geneeswijzen
Gezondheidsbevorderende cursussen
Kinderopvang
Therapeutisch kamp
Psychologische hulpverlening
Ergotherapie

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN (pagina 13 en 14)

Farmaceutische zorg
Dieetpreparaten
Verbandmiddelen
Hulpmiddelen
Bijzondere voedingsmiddelen
Chronisch intermitterende beademing
Brillenglazen en contactlenzen
Plaswekker

4. ZWANGERSCHAP (pagina 14)

Sterilisatie

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN (pagina 14 en 15)

Leukemie bij kinderen
Nierdialyse
Orgaantransplantaties
Cosmetische behandelingen
Erfelijkheidsonderzoek
Sport Medische Adviescentra (SMA) en sportartsen
Sport medisch onderzoek
Stottertherapie

Diëtistische voedingsadviezen

8. TANDHEELKUNDIGE HULP (pagina 15)

Tandheelkundige hulp door een tandarts voor
verzekerden jonger dan 18 jaar
Orthodontische behandeling van verzekerden jonger
dan 18 jaar

10. OVERIGEN (pagina 15)

De Zorgmakelaar
Vroegsignalering
Juridische hulp in natura bij ongevallen

PAKKET C

1. (POLI)KLINISCHE ZORG (pagina 16 en 17)

Ziekenhuisopname
Poliklinische zorg
Revalidatie
Plastische chirurgie
Privé-kliniek
Ziekenvervoer klinisch
Ziekenvervoer poliklinisch

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG (pagina 17 en 18)

Huisarts
Second opinion
Fysiotherapie/oefentherapie
Zorg door een audiologisch centrum
Preventieve geneeskunde en geneeswijzen
Overgangsconsulent
Medische check-up
Gezondheidsbevorderende cursussen

Herstellingsoort

Kuurreizen/Reumakuurreis
Psychologische hulpverlening

Ergotherapie

3. FARMACEUTISCHE ZORG/HULPMIDDELEN (pagina 18 en 19)

Farmaceutische zorg
Dieetpreparaten
Verbandmiddelen

De meerkosten volgens het
Geneesmiddelenvergoedingssysteem
Hulpmiddelen
De door verzekerde verschuldigde eigen bijdrage voor
hulpmiddelen krachtens de regeling Hulpmiddelen
Bijzondere voedingsmiddelen
Chronisch intermitterende beademing
Brillenglazen en contactlenzen
Steunzolen/inlays

4. ZWANGERSCHAP (pagina 19)

Sterilisatie

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN (pagina 19 en 20)

Leukemie bij kinderen

Nierdialyse

Orgaantransplantaties

Cosmetische behandelingen

Erfelijkheidsonderzoek

Psoriasis

Sport medisch onderzoek

Diëtistische voedingsadviezen

10. OVERIGEN (pagina 20 en 21)

De Zorgmakelaar

Vroegsignalering

Juridische hulp in natura bij ongevallen

MODULE BUITENLAND

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG (pagina 21)

Preventieve geneeskunde en geneeswijzen

7. BUITENLANDDEKKING (pagina 21 en 22)

Buitenland Preventiepakket

Spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland

Voorschot van geneeskundige kosten

Medische bijstand en repatriëring van verzekerden

Repatriëring na overlijden

Reisbiljet ter beschikking van een familielid

Kosten van opsporing en redding

Toezending van medicijnen

Doorgeven van boodschappen

Bemiddeling inzake geld

Communicatiekosten

Geldigheidsgebied

MODULE ALTERNATIEVE ZORG

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG (pagina 22)

Podotherapie/podoposturaal therapeut

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN (pagina 23)

Alternatieve behandelwijzen

Kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek

Homeopathische en antroposofische middelen

KLASSE 2A/2B PAKKET (pagina 23 en 24)

TAND PLAN BASIS (pagina 24)

TAND PLAN COMPLEET (pagina 24 en 25)

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 van de Lijst van Verstrekingen van Pakket A, Pakket B en Pakket C;
5. Internationale Persoonlijke Hulpverlening volgens artikel 7.21 t/m 7.29 van de Lijst van Verstrekingen van de Module Buitenland Zorg, mits geregeld door TravelCare;
6. tandheelkundige hulp volgens de Lijst van Verstrekingen van het Tand Plan Basis en/of het Tand Plan Compleet.

Omvang van de dekking:

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, vergoedt verzekeraar de kosten van de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen en (mee)verzekerde medische behandelingen en verstrekkingen, onder aftrek van een eventueel van toepassing zijnd eigen risico, conform de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen op basis van het door of namens verzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Verzekeraar bepaalt of er sprake is van medische noodzaak. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt verzekeraar genoemde kosten op basis van maximaal door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) voor de betreffende praktijk of instelling goedgekeurde tarieven.

Voor medische behandelingen in door verzekeraar gecontracteerde instellingen in het buitenland die na bemiddeling van de Zorgmakelaar plaatsvinden gelden de voorwaarden als zou de behandeling in Nederland plaatsvinden. Indien en voor zover verzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens het bovenstaande gehouden is, wordt verzekerde geacht aan verzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van verzekeraar van het door verzekerde aan de zorgaanbieder te veel betaalde.

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 het Reglement, waarvan deze Lijst van Verstrekingen een onderdeel vormt, bestaat recht op vergoeding/verstrekking van:

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

1.01* Ziekenhuisopname

- 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 Poliklinische zorg

- 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 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* 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* Plastische chirurgie

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

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

- 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* Privé-kliniek

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, de kosten van behandeling in een vergunninghoudende privé-kliniek op basis van rechtsgeldige CTG-tarieven. De kosten van privé-klinieken komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

1.11.a* Ziekenvervoer klinisch

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis of kraaminrichting op medisch advies.

De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen. Vergoeding voor vervoer anders dan ambulancevervoer wordt verleend indien reizen per openbaar vervoer om medische redenen niet mogelijk is, zulks 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.

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

1.12.a* Ziekenvervoer poliklinisch

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto in verband met poliklinische hulp door een specialist op medisch advies. De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen. Vergoeding voor vervoer anders dan ambulancevervoer wordt verleend indien reizen per openbaar vervoer om medische redenen niet mogelijk is, zulks 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. De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

1.14.a Reiskosten ziekenbezoek

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 Overnachtingskosten logeerhuis

De kosten van logies in een Ronald McDonald Huis, Prinses Margriethuis of Kiwanishuis.

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.01 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 Second opinion

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

2.10.e* Fysiotherapie/oefentherapie

De kosten van behandeling - op voorschrift van de huisarts of specialist - door een:

- a. fysiotherapeut;
- b. oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

Per kalenderjaar worden maximaal 9 behandelingen fysiotherapie/oefentherapie per verzekerde vergoed.

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

2.20* Zorg door een audiologisch centrum

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.g Preventieve geneeskunde en geneeswijzen

- 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 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 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 of opname ten laste van de AWBZ. Het verzoek voor kinderopvang dient zo spoedig mogelijk bij de Zorgmakelaar te worden ingediend. De Zorgmakelaar is op werkdagen telefonisch bereikbaar via telefoonnummer (026) 369 69 80.

2.80.b* Psychologische hulpverlening

De kosten van consulten of behandelingen door een Eerstelijnspsycholoog, GZ-psycholoog of Alternatieve psychologische hulpverlener tot maximaal € 453,78 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 rechtsgeldig 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 - afgeleverd op voorschrift van een huisarts, specialist, tandarts, tandarts-specialist of verloskundige onder verantwoordelijkheid van een in Nederland gevestigde apotheker of apotheehoudend 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 geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) van toepassing. 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* 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.

3.03* 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 overeenkomstig de maximumbedragen van de regeling Hulpmiddelen zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld vergoed. Deze regeling 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, een en ander ter beoordeling van verzekeraar.

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

3.24* Bijzondere voedingsmiddelen

In bijzondere gevallen ter beoordeling van de medisch adviseur kan een vergoeding worden verleend voor vloeibaar voedsel tot ten hoogste € 272,27 per verzekerde per kalenderjaar.

3.30* 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.e Brillenglazen en contactlenzen

De kosten van brillenglazen of contactlenzen:

Brillenglazen	maximaal € 136,13
per verzekerde eenmaal per drie jaar.	
of	
Contactlenzen	maximaal € 136,13
per verzekerde eenmaal per drie jaar.	

De periode van 3 jaar wordt, tijdens de verzekerde duur, 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* Huurkosten bewakingsapparatuur ter voorkoming wiegendood

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

4. ZWANGERSCHAP

4.01 Bevalling

Bevalling en kraamzorg in een ziekenhuis (medisch noodzakelijk):

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 van opname in de verzekerde klasse;
- de door het ziekenhuis in rekening gebrachte bijkomende kosten;
- het honorarium van verloskundige hulp (inclusief voor- en nazorg) in rekening gebracht door een specialist, huisarts of verloskundige;
- het honorarium van de specialist.

4.02.b Kraamzorg

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

- een uitkering ineens (achteraf) ter hoogte van € 1.815,12, (voor de kosten van ziekenhuis, kraaminrichting, verloskundige hulp, kraamzorg en andere aan de bevalling verbonden kosten gezamenlijk) of
- zorg in natura, geregeld door verzekeraar. Deze zorg moet ten minste vijf maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aangevraagd worden. Een aanvraagkaart hiervoor is verkrijgbaar bij verzekeraar. Niet vergoed worden de kosten van de verloskamer bij een bevalling zonder medische indicatie. 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.

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

- Indien moeder en kind, in combinatie met aanspraak op zorg genoemd in artikel 4.01, 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 € 147,48 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 € 147,48 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 Meerlingenuitkering

Bij geboorte van een meerling bestaat vanaf het 2e kind recht op de volgende vergoeding:

- een eenmalige extra financiële tegemoetkoming van € 226,89 per kind
- of
- twee dagen extra kraamzorg per kind.

4.04.a* In vitrofertilisatie (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 per te realiseren zwangerschap. Per poging geldt een eigen bijdrage van € 363,02.

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 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 Kraamzorg bij adoptie

Indien een baby wordt geadopteerd welke 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 Sterilisatie

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

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

6.01 Leukemie bij kinderen

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

6.10* 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* 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 weefselyperingen 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 ten hoogste 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 huidtherapeut(e).

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 € 453,78 per verzekerde per kalenderjaar.

b. Acnebehandelingen

De kosten van peeling bij ernstige acne tot maximaal € 226,89 per verzekerde per kalenderjaar.

c. Elektrische epilatie

De kosten van elektrische epilatie van een vrouwelijke verzekerde in verband met extreme haargroei in het gelaat, tot maximaal € 453,78 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 € 113,45 voor de gehele verzekeringsduur. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

6.31* 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 erfelijkheidsadviesing 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 adviesing 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.

6.33* Psoriasis

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

a. in een erkend Nederlands psoriasisdagbehandelingscentrum, tot maximaal € 27,23 per behandeling en voor ten hoogste 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar;

of

b. door middel van UVB-lichtcabine bij verzekerde thuis. Vergoed worden de kosten van een lichtkuur tot maximaal € 816,80 per verzekerde per kalenderjaar.

6.34.a Sport Medische Adviescentra (SMA) en sportartsen

De kosten van diagnosestelling en behandelingsadvies inzake sportblessures door SMA en sportartsen.

6.34.c Sport medisch onderzoek

De kosten van één van de volgende sportmedische onderzoeken bij een SMA, maximaal éénmaal per verzekerde per 2 kalenderjaren:

1. Basis sportmedisch onderzoek SMA

De kosten voor een Basis sportmedisch onderzoek SMA;

2. Basisplus sportmedisch onderzoek SMA

75% van de kosten voor een Basisplus sportmedisch onderzoek SMA;

3. Groot sportmedisch onderzoek SMA

50% van de kosten voor een Groot sportmedisch onderzoek SMA.

6.37 Diëtistische voedingsadviezen

De kosten van voedingsadviezen door een diëtist tot maximaal € 113,45 per verzekerde per kalenderjaar, na verwijzing door de huisarts ingeval van diabetes, hart- en vaataandoeningen of chronische longaandoeningen.

10. OVERIGEN

10.01 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.

Deze dienstverlening omvat o.a.:

- wachtlijstbemiddeling door de Zorgmakelaar bij medisch noodzakelijke behandeling door een specialist in een ziekenhuis of een opname in een ziekenhuis;
- bemiddeling bij het vinden van de meest geschikte behandeling bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat;
- het organiseren van thuiszorg ter vervanging of verkorting van een verblijf in het ziekenhuis;
- versnelde intensieve medisch noodzakelijke behandeling;
- kinderopvang bij opname van de verzorgende ouder;
- bemiddeling bij taxivervoer;
- informatie over ziektebeelden en -ontwikkelingen, medicijnen, dieet en voedingsmiddelen, hulpmiddelenadvies etc.;
- informatie en advies bij ziekte voor huishoudelijke hulp, kinderopvang e.d.;
- bemiddeling bij het vinden van de meest geschikte behandeling bij arbeidsgerelateerde psychische problematiek;
- voor een aantal klachten zijn speciale behandelprogramma's ontwikkeld, onder andere voor migraine, chronische of recidiverende rugklachten, fibromyalgie, reumatoïde artritis en M. Bechterew.

Voor meer informatie over de dienstverlening van de Zorgmakelaar verwijzen wij u naar de brochure van de Zorgmakelaar. Deze brochure kan worden aangevraagd bij verzekeraar.

10.40 Vroegsignalering

Verzekerde kan een beroep doen op Vroegsignalering door ProVé B.V. na een aaneengesloten periode van 13 weken verzuim door arbeidsongeschiktheid, dan wel direct nadat de bedrijfsarts heeft aangegeven te verwachten dat het verzuim langer dan 13 weken zal gaan duren. Een verzoek tot Vroegsignalering dient bij verzekeraar te worden ingediend.

10.52 Juridische hulp in natura bij ongevallen

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

Voor de hier bedoelde juridische hulp in natura is geen eigen bijdrage verschuldigd; evenmin telt de juridische hulp in natura mee terzake een eventueel eigen risico.

PAKKET B

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

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

1.01* Ziekenhuisopname

- 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 Poliklinische zorg

- 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 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* 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 stoomissen 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* Plastische chirurgie

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

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

- 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* Privé-kliniek

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, de kosten van behandeling in een vergunninghoudende privé-kliniek op basis van rechtsgeldige CTG-tarieven. De kosten van privé-klinieken komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

1.11.a* Ziekenvervoer klinisch

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis of kraaminrichting op medisch advies.

De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen. Vergoeding voor vervoer anders dan ambulancevervoer wordt verleend indien reizen per openbaar vervoer om medische redenen niet mogelijk is, zulks 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.

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

1.12.a* Ziekenvervoer poliklinisch

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto in verband met poliklinische hulp door een specialist op medisch advies. De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen. Vergoeding voor vervoer anders dan ambulancevervoer wordt verleend indien reizen per openbaar vervoer om medische redenen niet mogelijk is, zulks 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.

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

1.14.a Reiskosten ziekenbezoek

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 Overnachtingskosten logeerhuis

De kosten van logies in een Ronald McDonald Huis, Prinses Margriethuis of Kiwanishuis.

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.01 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 Second opinion

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

2.10.g* Fysiotherapie/oefentherapie

De kosten van behandeling - op voorschrift van de huisarts of specialist door een:

- a. fysiotherapeut;
- b. oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

Na 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar dient door verzekeraar vooraf machtiging aan verzekerde te worden verleend. Per kalenderjaar worden maximaal 18 behandelingen fysiotherapie/oefentherapie per verzekerde vergoed ongeacht de medische indicatie.

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

2.20* Zorg door een audiologisch centrum

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. Bij het verzoek om machtiging dient een behandelplan van de behandelend logopedist te zijn gevoegd. 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.g Preventieve geneeskunde en geneeswijzen

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

2.61 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 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 of opname ten laste van de AWBZ. Het verzoek voor kinderopvang dient zo spoedig mogelijk bij de Zorgmakelaar te worden ingediend. De Zorgmakelaar is op werkdagen telefonisch bereikbaar via telefoonnummer (026) 369 69 80.

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 € 340,34 per kalenderjaar.

2.80.b* Psychologische hulpverlening

De kosten van consulten of behandelingen door een Eerstelijnspsycholoog, GZ-psycholoog of Alternatieve psychologische hulpverlener tot maximaal € 453,78 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 rechtsgeldig 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 - 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 geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) van toepassing. 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* 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.

3.03* 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 overeenkomstig de maximumbedragen van de regeling Hulpmiddelen zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld vergoed. Deze regeling 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, een en ander ter beoordeling van verzekeraar. De kosten van normaal gebruik zijn, tenzij in de regeling Hulpmiddelen anders is bepaald, voor rekening van verzekerde. Onder normaal gebruik wordt onder meer verstaan de kosten van energiegebruik en batterijen.

3.24* Bijzondere voedingsmiddelen

In bijzondere gevallen ter beoordeling van de medisch adviseur kan een vergoeding worden verleend voor vloeibaar voedsel tot ten hoogste € 272,27 per verzekerde per kalenderjaar.

3.30* 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.e Brillenglazen en contactlenzen

De kosten van brillenglazen of contactlenzen:

Brillenglazen	maximaal € 136,13
per verzekerde eenmaal per drie jaar.	
of	
Contactlenzen	maximaal € 136,13
per verzekerde eenmaal per drie jaar.	

De periode van 3 jaar wordt, tijdens de verzekerde duur, 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 Plaswekker

De kosten van de huur van een plaswekker op basis van het gebruikelijke tarief.

4. ZWANGERSCHAP

4.10 Sterilisatie

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

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

6.01 Leukemie bij kinderen

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

6.10* 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* 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 weefselyperingen 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 ten hoogste 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 huidtherapeut(e).

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 € 453,78 per verzekerde per kalenderjaar.

b. Acnebehandelingen

De kosten van peeling bij ernstige acne tot maximaal € 226,89 per verzekerde per kalenderjaar.

c. Elektrische epilatie

De kosten van elektrische epilatie van een vrouwelijke verzekerde in verband met extreme haargroei in het gelaat, tot maximaal € 453,78 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 € 113,45 voor de gehele verzekeringsduur. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

6.31* 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 erfelijkheidsadviesing 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 adviesing plaatsvinden. De kosten van dit onderzoek van andere personen dan verzekerde komen voor rekening van de (eigen verzekeraar(s) van de) onderzochte andere persoon of personen.

6.34.a Sport Medische Adviescentra (SMA) en sportartsen

De kosten van diagnosestelling en behandelingsadvies inzake sportblessures door SMA en sportartsen.

6.34.c Sport medisch onderzoek

De kosten van één van de volgende sportmedische onderzoeken bij een SMA, maximaal éénmaal per verzekerde per 2 kalenderjaren:

1. Basis sportmedisch onderzoek SMA

De kosten voor een Basis sportmedisch onderzoek SMA;

2. Basisplus sportmedisch onderzoek SMA
75% van de kosten voor een Basisplus sportmedisch onderzoek SMA;
3. Groot sportmedisch onderzoek SMA
50% van de kosten voor een 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 € 340,34 per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur. De reiskosten worden vergoed op basis van het tarief van het openbaar vervoer. Het recht op vergoeding bestaat alleen na machtiging vooraf en nadat reguliere logopedische hulp aantoonbaar onvoldoende effect heeft gehad.

6.37 Diëtistische voedingsadviezen

De kosten van voedingsadviezen door een diëtist tot maximaal € 113,45 per verzekerde per kalenderjaar, na verwijzing door de huisarts ingeval van diabetes, hart- en vaatandoeningen of chronische longaandoeningen.

8. TANDHEELKUNDIGE HULP

8.01.a Tandheelkundige hulp door een tandarts 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 jeugdverzorging, waaronder zijn begrepen de door deze in rekening gebrachte techniekkosten, tot een maximum van € 340,34 per verzekerde per kalenderjaar.

Voor verzekeringen met een eigen risico tellen tandartskosten tot het genoemde maximum mee voor het volmaken van het eigen risico.

8.40.c Orthodontische behandeling van 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. Voor aanvang van de behandeling dient een kostenbegroting door de behandelend tandarts of orthodontist aan verzekeraar te worden overgelegd. De vergoeding per verzekerde tot ten hoogste 18 jaar omvat:

- het door een orthodontist, overeenkomstig het gedeponeerde specialistentarief, gedeclareerd bedrag;

of

- het door een tandarts, overeenkomstig de Uniforme Particuliere Tarieven, gedeclareerd bedrag.

De vergoeding bedraagt maximaal € 1.588,23 per verzekerde tot 18 jaar tijdens de totale duur van de verzekering.

10. OVERIGEN

10.01 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.

Deze dienstverlening omvat o.a.:

- wachtlijstbemiddeling door de Zorgmakelaar bij medisch noodzakelijke behandeling door een specialist in een ziekenhuis of een opname in een ziekenhuis;
- bemiddeling bij het vinden van de meest geschikte behandeling bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat;
- het organiseren van thuiszorg ter vervanging of verkorting van een verblijf in het ziekenhuis;
- versnelde intensieve medisch noodzakelijke behandeling;
- kinderopvang bij opname van de verzorgende ouder;
- bemiddeling bij taxivervoer;
- informatie over ziektebeelden en -ontwikkelingen, medicijnen, dieet en voedingsmiddelen, hulpmiddelenadvies etc.;
- informatie en advies bij ziekte voor huishoudelijke hulp, kinderopvang e.d.;
- bemiddeling bij het vinden van de meest geschikte behandeling bij arbeidsgelateerde psychische problematiek;
- voor een aantal klachten zijn speciale behandelprogramma's ontwikkeld, onder andere voor migraine, chronische of recidiverende rugklachten, fibromyalgie, reumatoïde artritis en M. Bechterew.

Voor meer informatie over de dienstverlening van de Zorgmakelaar verwijzen wij u naar de brochure van de Zorgmakelaar. Deze brochure kan worden aangevraagd bij verzekeraar.

10.40 Vroegsignalering

Verzekerde kan een beroep doen op Vroegsignalering door ProVé B.V. na een aaneengesloten periode van 13 weken verzuim door arbeidsongeschiktheid, dan wel direct nadat de bedrijfsarts heeft aangegeven te verwachten dat het verzuim langer dan 13 weken zal gaan duren. Een verzoek tot Vroegsignalering dient bij verzekeraar te worden ingediend.

10.52 Juridische hulp in natura bij ongevallen

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

Voor de hier bedoelde juridische hulp in natura is geen eigen bijdrage verschuldigd; evenmin telt de juridische hulp in natura mee terzake een eventueel eigen risico.

PAKKET C

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

1. (POLI)KLINISCHE ZORG

1.01* Ziekenhuisopname

- 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 Poliklinische zorg

- 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 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* 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* Plastische chirurgie

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

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

- 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* Privé-kliniek

Indien en zolang daartoe medische noodzaak bestaat, de kosten van behandeling in een vergunninghoudende privé-kliniek op basis van rechtsgeldige CTG-tarieven. De kosten van privé-klinieken komen alleen voor vergoeding in aanmerking als bemiddeling door de Zorgmakelaar heeft plaatsgevonden.

1.11.a* Ziekenvervoer klinisch

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto bij opname in of ontslag uit een ziekenhuis of kraaminrichting op medisch advies.

De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen. Vergoeding voor vervoer anders dan ambulancevervoer wordt verleend indien reizen per openbaar vervoer om medische redenen niet mogelijk is, zulks 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.

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

1.12.a* Ziekenvervoer poliklinisch

De kosten van ziekenvervoer per ambulance, taxi of auto in verband met poliklinische hulp door een specialist op medisch advies. De kosten dienen verband te houden met een medische behandeling waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van verzekeraar komen. Vergoeding voor vervoer anders dan ambulancevervoer wordt verleend indien reizen per openbaar vervoer om medische redenen niet mogelijk is, zulks 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. De vergoeding voor het gebruik van de auto is vastgesteld op € 0,23 per kilometer.

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.01 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 Second opinion

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

2.10.d* Fysiotherapie/oefentherapie

De kosten van behandeling - op voorschrift van de huisarts of specialist door een:

- a. fysiotherapeut;
- b. oefentherapeut Cesar of oefentherapeut Mensendieck.

Na 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar dient door verzekeraar vooraf machtiging aan verzekerde te worden verleend.

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

2.20* Zorg door een audiologisch centrum

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 arts of specialist voor:

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

2.59 Overgangsconsulent

75% vergoeding tot maximaal 3 consulten per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur. Vergoeding is uitsluitend van toepassing indien een als zodanig gekwalificeerde overgangsconsulente wordt geraadpleegd.

2.60 Medische check-up

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

2.61 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

De werkelijke kosten van verpleging in een herstellingsoord tot ten hoogste € 45,38 per verpleegdag tot maximaal € 1.361,34 per verzekerde per kalenderjaar.

2.71.b* Kuurreizen/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 of M. Bechterew. Bij deelname is verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd.

2.80.b* Psychologische hulpverlening

De kosten van consulten of behandelingen door een Eerstelijnspsycholoog, GZ-psycholoog of Alternatieve psychologische hulpverlener tot maximaal € 453,78 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 rechtsgeldig 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 - 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 geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) van toepassing. 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* 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.

3.03* 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 De meerkosten volgens het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel

Indien een vergoedingslimiet is vastgesteld en de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, wordt het meerdere vergoed.

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 overeenkomstig de maximumbedragen van de regeling Hulpmiddelen zoals die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld vergoed. Deze regeling 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, een en ander ter beoordeling van verzekeraar.

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

3.22 De door verzekerde verschuldigde eigen bijdrage voor hulpmiddelen krachtens de regeling Hulpmiddelen

Voor de onder 3.22.a.1 en 3.22.a.2 genoemde hulpmiddelen bestaat recht op een gedeeltelijke vergoeding van de kosten van een prothese. Op grond van dit artikel vult verzekeraar deze vergoeding aan tot 100% van de aanschafkosten van de prothese. Voor de onder 3.22.a.3 t/m 3.22.f genoemde hulpmiddelen is verzekerde krachtens de regeling Hulpmiddelen een eigen bijdrage verschuldigd. Op grond van dit artikel kan aanspraak worden gemaakt op een gehele of gedeeltelijke vergoeding van de krachtens de regeling Hulpmiddelen verschuldigde eigen bijdrage.

3.22.a Mammaprothesen

1. Niet-vloeistofhoudende prothese

Verzekeraar verleent een volledige vergoeding ter hoogte van het verschil tussen de aanschafkosten van de prothese en de vergoeding krachtens de regeling Hulpmiddelen.

2. Vloeistofhoudende prothese

Verzekeraar verleent een volledige vergoeding ter hoogte van het verschil tussen de aanschafkosten van de prothese en de vergoeding krachtens de regeling Hulpmiddelen.

3. Individuele prothese

De verschuldigde eigen bijdrage krachtens de regeling Hulpmiddelen.

3.22.b Orthopedisch schoeisel

De verschuldigde eigen bijdrage krachtens de regeling Hulpmiddelen.

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.

3.22.c Gezichtshulpmiddelen

1. Monoculair hulpmiddel

De verschuldigde eigen bijdrage krachtens de regeling Hulpmiddelen.

2. Binoculair hulpmiddel

De verschuldigde eigen bijdrage krachtens de regeling Hulpmiddelen.

3.22.d Gehoorhulpmiddelen

1. Hoortoestel inclusief oorstukje

De verschuldigde eigen bijdrage krachtens de regeling Hulpmiddelen tot maximaal €340,34 per verzekerde per kalenderjaar.

2. Ringleiding

De verschuldigde eigen bijdrage krachtens de regeling Hulpmiddelen.

3. Hoorbril

De verschuldigde eigen bijdrage krachtens de regeling Hulpmiddelen tot maximaal € 340,34 per verzekerde per kalenderjaar.

3.22.e Pruiken

De verschuldigde eigen bijdrage krachtens de regeling Hulpmiddelen tot maximaal € 567,23 per verzekerde per kalenderjaar.

3.22.f Elastische kousen

De verschuldigde eigen bijdrage krachtens de regeling Hulpmiddelen.

3.24* Bijzondere voedingsmiddelen

In bijzondere gevallen ter beoordeling van de medisch adviseur kan een vergoeding worden verleend voor vloeibaar voedsel tot ten hoogste € 272,27 per verzekerde per kalenderjaar.

3.30* 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.e Brillenglazen en contactlenzen

De kosten van brillenglazen of contactlenzen:

Brillenglazen maximaal € 136,13

per verzekerde eenmaal per drie jaar.

of

Contactlenzen maximaal € 136,13

per verzekerde eenmaal per drie jaar.

De periode van 3 jaar wordt, tijdens de verzekerde duur, 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 Steunzolen/inlays

De aanschafkosten van één paar steunzolen/inlays op voorschrift van de huisarts of specialist. De vergoeding wordt maximaal éénmaal per verzekerde per kalenderjaar verleend.

4. ZWANGERSCHAP

4.10 Sterilisatie

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

6. SPECIFIEKE AANDOENINGEN

6.01 Leukemie bij kinderen

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

6.10* 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* 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 weefseltypering 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 ten hoogste 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 huidtherapeut(e).

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 € 453,78 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 € 453,78 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 € 113,45 voor de gehele verzekeringsduur. De vergoeding vindt plaats indien de behandeling geschiedt door een huidtherapeut na indicatiestelling door een huidarts.

6.31* 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.

6.33* Psoriasis

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

a. in een erkend Nederlands psoriasisdagbehandelingscentrum, tot maximaal € 27,23 per behandeling en voor ten hoogste 30 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar;

of

b. door middel van UVB-lichtcabine bij verzekerde thuis. Vergoed worden de kosten van een lichtkuur tot maximaal € 816,80 per verzekerde per kalenderjaar.

6.34.c Sport medisch onderzoek

De kosten van één van de volgende sportmedische onderzoeken bij een SMA, maximaal éénmaal per verzekerde per 2 kalenderjaren:

1. Basis sportmedisch onderzoek SMA

De kosten voor een Basis sportmedisch onderzoek SMA;

2. Basisplus sportmedisch onderzoek SMA

75% van de kosten voor een Basisplus sportmedisch onderzoek SMA;

3. Groot sportmedisch onderzoek SMA

50% van de kosten voor een Groot sportmedisch onderzoek SMA.

6.37 Diëtistische voedingsadviezen

De kosten van voedingsadviezen door een diëtist tot maximaal € 113,45 per verzekerde per kalenderjaar, na verwijzing door de huisarts ingeval van diabetes, hart- en vaataandoeningen of chronische longaandoeningen.

10. OVERIGEN

10.01 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.

Deze dienstverlening omvat o.a.:

- wachtlijstbemiddeling door de Zorgmakelaar bij medisch noodzakelijke behandeling door een specialist in een ziekenhuis of een opname in een ziekenhuis;
- bemiddeling bij het vinden van de meest geschikte behandeling bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat;
- het organiseren van thuiszorg ter vervanging of verkorting van een verblijf in het ziekenhuis;
- versnelde intensieve medisch noodzakelijke behandeling;
- kinderopvang bij opname van de verzorgende ouder;
- bemiddeling bij taxivervoer;

- informatie over ziektebeelden en -ontwikkelingen, medicijnen, dieet en voedingsmiddelen, hulpmiddelenadvies etc.;
- informatie en advies bij ziekte voor huishoudelijke hulp, kinderopvang e.d.;
- bemiddeling bij het vinden van de meest geschikte behandeling bij arbeidsgerelateerde psychische problematiek;
- voor een aantal klachten zijn speciale behandelprogramma's ontwikkeld, onder andere voor migraine, chronische of recidiverende rugklachten, fibromyalgie, reumatoïde artritis en M. Bechterew.

Voor meer informatie over de dienstverlening van de Zorgmakelaar verwijzen wij u naar de brochure van de Zorgmakelaar. Deze brochure kan worden aangevraagd bij verzekeraar.

10.40 Vroegsignalering

Verzekerde kan een beroep doen op Vroegsignalering door ProVé B.V. na een aaneengesloten periode van 13 weken verzuim door arbeidsongeschiktheid, dan wel direct nadat de bedrijfsarts heeft aangegeven te verwachten dat het verzuim langer dan 13 weken zal gaan duren. Een verzoek tot Vroegsignalering dient bij verzekeraar te worden ingediend.

10.52 Juridische hulp in natura bij ongevallen

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

Voor de hier bedoelde juridische hulp in natura is geen eigen bijdrage verschuldigd; evenmin telt de juridische hulp in natura mee terzake 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 het Reglement, waarvan deze Lijst van Verstrekingen een onderdeel vormt, bestaat - indien aanvullend meeverzekerd - recht op vergoeding/verstrekking van:

2. NIET (POLI)KLINISCHE ZORG

2.52.h Preventieve geneeskunde en 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 volgende vaccinaties en geneesmiddelen komen in aanmerking voor vergoeding:

- Malaria profylaxe (nivaquine, paludrine, lariam);
- DTP;
- Gele koorts;
- Tyfus;
- Cholera;
- Hepatitis-A (immunoglobuline) of havrix.

7. BUITENLANDDEKKING

7.01 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 spuiten, naalden en handschoenen.

7.10.a Spoedeisende zorg tijdens verblijf in het buitenland

Voor de gemaakte kosten van spoedeisende medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in het buitenland gelden de volgende bepalingen (met inachtneming van artikel 3.2.2 van het Reglement):

- 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 en eigen risico's 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.
- Niet vergoed worden de kosten die redelijkerwijze te voorzien waren bij het vertrek naar het buitenland. Verzekeraar is echter bevoegd om op een daartoe strekkend verzoek toch vergoeding toe te kennen indien zij - na kennisneming van het advies van de medisch adviseur van verzekeraar - van oordeel is dat sprake is van een uitzonderlijk geval en dat behandeling in het buitenland dringend noodzakelijk is. Een verzoek hiertoe dient minstens twee maanden voor de behandeling te worden ingediend, tenzij dit om medische redenen onmogelijk is.

7.21 Voorschot van geneeskundige kosten

Bij ziekenhuisopname van verzekerde in het buitenland zal TravelCare (tel. 0031 26 36 36 212) stappen ondernemen om directe betaling van de geneeskundige kosten te waarborgen. In noodgevallen zal TravelCare deze kosten voorschieten, mits een garantiestelling dan wel een deposito wordt afgegeven. TravelCare 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.

7.22 Medische bijstand en repatriëring van verzekerden

Bij ernstige ziekte of ongeval in het buitenland belt of laat verzekerde bellen naar TravelCare (tel. 0031 26 36 36 212). Indien de artsen het medisch vervoer van verzekerde naar een beter of meer gespecialiseerd ziekenhuis respectievelijk het repatriëren voorstellen, dan zal TravelCare 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 TravelCare voorafgaan aan het transport.

TravelCare belast zich met de repatriëring van verzekerde kinderen jonger dan 16 jaar, indien degenen die er in het buitenland zorg voor dragen hiertoe, ten gevolge van ziekte of ongeval, niet in staat zijn.

7.23 Repatriëring na overlijden

Bij overlijden van verzekerde belast TravelCare zich met alle formaliteiten ter plaatse en met het transport tot in Nederland. Wordt hiervan geen gebruikgemaakt, 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 ten hoogste het bedrag dat zou zijn verschuldigd bij vervoer van het stoffelijk overschot van verzekerde naar de woonplaats van verzekerde met een maximum van € 5.672,25.

7.24 Reisbiljet ter beschikking van een familielid

Bij verblijf in een ziekenhuis langer dan vijf dagen zal TravelCare zich met het vervoer van een familielid in de eerste of tweede graad, geregistreerde partner of duurzaam samenwonend persoon belasten, teneinde de in het ziekenhuis opgenomen verzekerde te bezoeken.

Verblijfskosten worden vergoed tot maximaal € 68,07 per dag, met een maximum van drie dagen.

7.25 Kosten van opsporing en redding

TravelCare 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.

7.26 Toezending van medicijnen

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

7.27 Doorgeven van boodschappen

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

7.28 Bemiddeling inzake geld

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

7.29 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 TravelCare te bereiken, vergoed.

7.30 Geldigheidsgebied

a. In Nederland wonende verzekerden:

De uitkeringen en diensten zoals in 7.21 t/m 7.29 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 7.21 t/m 7.29 vermeld, zullen worden toegekend aan verzekerden als zij reizen in de gehele wereld, met uitzondering van het land waarin hun woonplaats is gelegen.

MODULE ALTERNATIEVE ZORG

Binnen de grenzen van het Reglement, 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 consulten door een podotherapeut/podoposturaal therapeut. Bij het verzoek om machtiging dient een verklaring van de behandelend podotherapeut/podoposturaal therapeut te zijn gevoegd. De kosten van onderzoek en/of behandelingen komen niet voor vergoeding in aanmerking.

5. ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

5.02.e Alternatieve behandelwijzen

Voor de kosten van één van de volgende alternatieve zorgaanbieders of antroposofische therapieën wordt een vergoeding verleend tot maximaal € 449,16 per verzekerde per kalenderjaar.

- Acupuncturist;
- Antroposofisch arts;
- Chiropractor;
- Homeopaat;
- Manuele arts of manueel therapeut;
- Arts-Moermantherapeut;
- Natuurgeneeskundige;
- Neuraaltherapeut;
- Orthomoleculaire geneeskundige;
- Osteopaat.

Voor de kosten van antroposofische therapieën na schriftelijke verwijzing door een antroposofisch arts en verleend door een daartoe bevoegde zorgaanbieder, door verzekeraar als zodanig 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 Kosten van 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 Homeopathische en antroposofische middelen

Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen worden voor 100% vergoed wanneer deze middelen:

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

11.10.e KLASSE 2A of 2B PAKKET

Binnen de grenzen van het Reglement, waarvan deze Lijst van Verstrekingen een onderdeel vormt, bestaat - indien aanvullend meeverzekerd - recht op vergoeding/verstreking 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 € 22,69 per nacht. Indien de vergoeding € 181,51 of meer bedraagt, heeft verzekerde de keus tussen een financiële vergoeding zonder maximum.
- of
- b. Indien een klasse 2A/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 ontslagdatum uit het ziekenhuis het driedaags kuurarrangement te 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.b TAND PLAN BASIS

Op het Tand Plan Basis is het eigen risico niet van toepassing. Binnen de grenzen van het Reglement, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat - indien aanvullend meeverzekerd - recht op de volgende vergoedingen.

De kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist(e). Alleen tandheelkundige behandelingen waar het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet op de Tarieven Gezondheidszorg (WTG) een rechtsgeldig tarief (UPT) heeft afgegeven komen voor vergoeding in aanmerking. Er bestaat recht op vergoeding van de volgende behandelingen:

- consulten;
- preventieve behandelingen;
- röntgenfoto's;
- anesthesie;
- restauratieve behandelingen d.m.v. plastische materialen;
- parodontale behandelingen, mits uitgevoerd in overeenstemming met het parodontologieprotocol: vergoeding voor eerder doorlopen stappen van het protocol is niet mogelijk;
- chirurgische behandelingen;
- wortelkanaalbehandelingen.

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

Orthodontie

De kosten van een eerste consult met betrekking tot de kostenbegroting en orthodontische behandeling (gebitsregulatie) na verwijzing door de huisarts of tandarts, na overlegging van een kostenbegroting door de behandelend orthodontist of tandarts en na schriftelijke toestemming vooraf van verzekeraar, van het door een orthodontist, overeenkomstig het gedeponeerde specialistentarief, gedeclareerd bedrag, of van het door een tandarts, overeenkomstig de Uniforme Particuliere Tarieven, gedeclareerde bedrag.

De vergoeding bedraagt ten hoogste € 1.588,23 per verzekerde tijdens de totale duur van de verzekering*.

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

Maximum vergoeding

Vergoeding wordt verleend tot het op de polis vermelde 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(e);
- c. verzuimde afspraken, behandelingsadviezen, gebitsregistratie, kosten voor tandheelkundige keuringen, het afgeven van attesten en administratiekosten;
- d. het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak en eventueel noodzakelijke voorbereidende ingrepen en gnathologie.

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

11.84.b TAND PLAN COMPLEET

Op het Tand Plan Compleet is het eigen risico niet van toepassing. Binnen de grenzen van het Reglement, waarvan deze Lijst van Verstrekkingen een onderdeel vormt, bestaat - indien aanvullend meeverzekerd - recht op de volgende vergoedingen.

De kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist(e). Alleen tandheelkundige behandelingen waarvoor het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) krachtens de Wet op de Tarieven Gezondheidszorg (WTG) een rechtsgeldig tarief (UPT) heeft afgegeven, komen voor vergoeding in aanmerking. Er bestaat recht op vergoeding van de volgende behandelingen:

- consulten;
- preventieve behandelingen;
- röntgenfoto's;
- anesthesie;
- restauratieve behandelingen d.m.v. plastische materialen;
- parodontale behandelingen, mits uitgevoerd in overeenstemming met het parodontologieprotocol: vergoeding voor eerder doorlopen stappen van het protocol is niet mogelijk;

- chirurgische behandelingen;
- wortelkanaalbehandelingen.

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

80% van de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist(e). Er bestaat recht op vergoeding van de volgende behandelingen:

- restauratieve behandelingen met niet-plastische materialen (kronen, bruggen, inlays);
- uitneembare prothetische voorzieningen

Orthodontie

De kosten van een eerste consult met betrekking tot de kostenbegroting en orthodontische behandeling (gebitsregulatie) na verwijzing door de huisarts of tandarts, na overlegging van een kostenbegroting door de behandelend orthodontist of tandarts en na schriftelijke toestemming vooraf van verzekeraar, van het door een orthodontist, overeenkomstig het gedeponeerde specialistentarief, gedeclareerd bedrag, of van het door een tandarts, overeenkomstig de Uniforme Particuliere Tarieven, gedeclareerde bedrag*.

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

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(e);
- c. verzuimde afspraken, behandelingsadviezen, gebitsregistratie, kosten voor tandheelkundige keuringen, het afgeven van attesten en administratiekosten;
- d. het inbrengen van tandheelkundige implantaten in de kaak en eventueel noodzakelijke voorbereidende ingrepen en overige gnathologie.

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