



Univé

Aanvullende verzekeringen 2018

**Verzekeringsvoorwaarden
(Collectief) Aanvullend Goed
(Collectief) Aanvullend Beter
(Collectief) Aanvullend Best**

Tand Ongevallen

Tand Goed

Tand Beter

Tand Best

UNIVÉ
VERZEKERINGEN 

Daar plukt ú de vruchten van!

Welkom bij Univé

Uw zorgverzekeraar zonder winstoochmerk!

Dit zijn de verzekeringsvoorwaarden die gelden voor uw aanvullende verzekering(en). De telefoonnummers en adressen die voor u van belang zijn, hebben wij op deze pagina voor u op een rij gezet.

Wilt u meer weten? Ga dan naar www.unive.nl. U vindt daar alle informatie over de zorgverzekering en aanvullende verzekeringen. U kunt ook één van onze Univé-vestigingen bezoeken.

Kijk op www.unive.nl/contact voor het kantoor bij u in de buurt.

Mijn Univé Zorg

Via Mijn Univé Zorg kunt u onder andere uw zorgpolis wijzigen, uw declaraties inzien en uw premie betalen. Met uw DigiD kunt u direct veilig inloggen op www.mijnunivezorg.nl.

Actueel nieuws

Op de hoogte blijven van alle ontwikkelingen? Meldt u aan voor de digitale Univé-nieuwsbrief op www.unive.nl/nieuwsbrief.

Contact

Klantenservice:	072 - 527 75 95 of 0800 - 023 47 63 als u collectief verzekerd bent
Univé Alarmcentrale:	+31 40 297 57 50 (+ = internationaal toegangsnummer)
Univé Kraamzorg:	0800 - 899 80 99
Univé Zorgadvies en Bemiddeling:	088 - 131 16 17

Vervoer

Wilt u vervoerskosten declareren? U vindt het Aanvraagformulier Zittend Ziekenvervoer op www.unive.nl/zorgverzekering/documenten. Of bel hiervoor met onze Klantenservice.

Gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgaanbieders

Onze gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgaanbieders vindt u op www.unive.nl/vergelijkenkies. Of bel hiervoor met onze klantenservice.

Aanvragen toestemming

Wilt u weten voor welke vergoedingen u vooraf onze toestemming nodig hebt? Dit vindt u terug in deze verzekeringsvoorwaarden. Wilt u toestemming aanvragen? Download het toestemmingsformulier op www.unive.nl/zorgverzekering/documenten. Dit formulier kunt u printen, invullen en opsturen naar:

Univé Zorg
T.a.v. Machtigingen
Postbus 25150
5600 RS Eindhoven

Eenvoudig online declareren

Uw declaraties dient u eenvoudig online in via www.mijnunivezorg.nl. U kunt veilig inloggen met uw DigiD. Het bedrag dat wij vergoeden, ontvangt u binnen 10 werkdagen op uw rekening.

Declareert u liever per post? Stuur dan de originele nota met een declaratieformulier naar:

Univé Zorg
Postbus 25030
5600 RS Eindhoven

Inhoud

Welkom bij Univé	2
I. Algemeen gedeelte	5
Artikel 1. Verzekerde zorg	5
Artikel 2. Algemene bepalingen	7
Artikel 3. Premie	9
Artikel 4. Overige verplichtingen	11
Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden	11
Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)	11
Artikel 7. Klachten en geschillen	13
Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling	13
II. Aanvullend Goed, Aanvullend Beter, Aanvullend Best	14
Artikel 9. Alternatieve zorg	14
Artikel 10. Beweegzorg	15
Artikel 11. Ergotherapie	17
Artikel 12. Valpreventie	17
Artikel 13. Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar	18
GEZICHTSVERMOGEN	
Artikel 14. Brillen en contactlenzen	18
Artikel 15. Ooglaserbehandeling of lensimplantatie	19
BUITENLAND	
Artikel 16. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland	19
Artikel 17. Repatriëring	20
PREVENTIE	
Artikel 18. Cursussen	20
Artikel 19. Gezondheidstest	20
Artikel 20. Gewichtscounselant	21
Artikel 21. Sportmedisch advies	21
Artikel 22. Zorg voor vrouwen in de overgang	21
Artikel 23. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie	21
GEBOORTEZORG	
Artikel 24. Zwangerschapscursussen	22
Artikel 25. Verloskundige zorg	22
Artikel 26. Eigen bijdrage kraamzorg	23
Artikel 27. Nazorg moeder en pasgeborene	23
Artikel 28. Kraampakket	23
Artikel 29. Elektrische borstkolf	23
Artikel 30. Lactatiekundig consult	24
HUIDBEHANDELINGEN	
Artikel 31. Acnebehandeling	24
Artikel 32. Camouflagetherapie	24
Artikel 33. Ontharen	24
HULPMIDDELEN	
Artikel 34. Audiologische hulpmiddelen	25
Artikel 35. Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik	25
Artikel 36. Mammaprothese	25

Artikel 37. Pruiken of mutssja's	26
Artikel 38. Steunpessarium	26
MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG	
Artikel 39. Buikwandcorrectie	26
Artikel 40. Ooglidcorrectie	27
Artikel 41. Sterilisatie	27
PSYCHOLOGISCHE ZORG	
Artikel 42. Mindfulness bij burn-out klachten vanaf 18 jaar	27
Artikel 43. Seksuologische zorg	28
Artikel 44. Cogmed tot 18 jaar	28
Artikel 45. Neurofeedback tot 18 jaar	29
VOETBEHANDELINGEN	
Artikel 46. Voetbehandelingen voor de reumatische en diabetische voet	29
Artikel 47. Podotherapie	30
Artikel 48. Steunzolen en therapiezolen	30
DIËTETIEK	
Artikel 49. Diëtetiek	30
THUISZORG	
Artikel 50. Huishoudelijke hulp	31
MANTELZORG	
Artikel 51. Mantelzorgmakelaar	31
Artikel 52. Vervangende mantelzorg	32
VERBLIJF	
Artikel 53. Herstellingsoorden en zorghotels	32
Artikel 54. Hospice	33
Artikel 55. Verblijf in een logeerkamer of familiehuis bij ziekenhuisopname	33
VERVOER	
Artikel 56. Vervoer in verband met transplantatie van organen	34
TANDHEELKUNDIGE ZORG/MONDZORG	
Artikel 57. Gebitsprothesen (kunstgebit)	34
III. Tand Ongevallen, Tand Goed, Tand Beter, Tand Best	35
Artikel 58. Tandheelkundige zorg	35
Artikel 59. Orthodontische zorg	36
Artikel 60. Tandheelkundige kosten ten gevolge van een ongeval	36
IV. Begripsomschrijvingen	38

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

Uw aanvullende verzekering geeft u recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Voor een aantal vormen van zorg hebben we zorgaanbieders gecontracteerd, aangewezen of erkend. Een overzicht van de door ons gecontracteerde, aangewezen en erkende zorgaanbieders vindt u op onze website.

1.3. Vergoeding van de kosten van zorg

U hebt recht op vergoeding van de kosten van (verzekerde) zorg tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

1.3.1. Zorg verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u gebruikmaakt van een door ons gecontracteerde zorgaanbieder, dan vergoeden wij de kosten van zorg op basis van het met de betrokken zorgaanbieders overeengekomen tarief.

1.3.2. Zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u de rekening of een deel van de rekening zelf moet betalen. Dit vindt u in het betreffende zorgartikel.

1.3.3. Zorg verleend door een niet-aangewezen of niet-erkende zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen of erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet. Dit vindt u in het betreffende zorgartikel.

1.3.4. Budget

Is er voor de betreffende zorg sprake van een budget? Dan is de totale vergoeding nooit hoger dan het maximale bedrag van het budget dat in het betreffende zorgartikel wordt genoemd.

1.4. Insturen van nota's

Veel zorgaanbieders sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota hebt ontvangen, dan kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar www.mijnunivezorg.nl. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.5. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw aanvullende verzekering(en) of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.7. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, dan hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voorin de verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.8. Wanneer hebt u recht op (vergoeding van de kosten van) verzekerde zorg?

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in twee kalenderjaren, valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.9. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- (vergoeding van de kosten van) zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');

- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u verschuldigd bent op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid.

1.10. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clauseblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven.

2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen: Aanvullend Goed, Aanvullend Beter, Aanvullend Best, Tand Ongevallen, Tand Goed, Tand Beter en Tand Best. In deze verzekeringsvoorwaarden te noemen: aanvullende verzekeringen.

Hebt u een Collectief Aanvullend Goed, Collectief Aanvullend Beter of Collectief Aanvullend Best gesloten? Dan hebt u recht op vergoeding van kosten zoals vermeld in de verschillende zorgartikelen bij Aanvullend Goed, Aanvullend Beter of Aanvullend Best, met uitzondering van het artikel Beweegzorg. In dit artikel staat de vergoeding voor de Collectief Aanvullend Goed, Collectief Aanvullend Beter en Collectief Aanvullend Best apart vermeld.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden voor zover van toepassing. Het gaat om de volgende documenten:

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Clausuleblad terrorismedekking;
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Overzicht gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders;
- Verwijzingsprotocol naar de lactatiekundige NVL;
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera;
- Reglement gezichtshulpmiddelen.

U kunt deze documenten op onze website vinden of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden.

2.4. Fraude

Materiële controle en fraude onderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de zorgverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude te betalen.

Bij fraude registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit persoonsgegevens en wordt beheerd door onze afdeling Veiligheidszaken. Ook kan registratie plaatsvinden van uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) en medepleger(s):

- bij het Centrum Bestrijding Verzekeringfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- in het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Wij kunnen van de fraude ook aangifte doen bij politie en opsporingsinstanties.

Fraude in verband met een verzekering bij ons heeft tot gevolg dat wij uw aanvullende verzekering(en) kunnen beëindigen. U kunt gedurende een periode van 8 jaar geen aanvullende verzekeringen sluiten bij de verzekeraars van de Coöperatie VGZ U.A.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Wij nemen uw privacy serieus. Het verzamelen en verwerken van uw persoonsgegevens is nodig voor het aangaan en uitvoeren van uw (aanvullende) (zorg) verzekering(en). Uw persoonsgegevens nemen wij op in onze verzekerdenadministratie.

Verwerking persoonsgegevens

Uw persoonsgegevens verwerken wij voor de volgende doeleinden:

- voor het aangaan en uitvoeren van uw verzekeringsovereenkomst(en) of financiële dienst;
- voor controle en/of onderzoek onder verzekerden, zorgaanbieders en/of leveranciers of de zorg daadwerkelijk is geleverd;
- voor onderzoek naar de door verzekerden ervaren kwaliteit van de geleverde zorg;
- voor statistische analyse;
- om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen;
- in het kader van veiligheid en integriteit van de financiële sector (het voorkomen en bestrijden van fraude);
- als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst: voor gegevensuitwisseling met de contractant van de collectieve overeenkomst voor de beoordeling van uw recht op premiekorting;
- voor gegevensuitwisseling met Coöperatie Univé U.A. ten behoeve van marketingactiviteiten voor diensten en producten van Coöperatie Univé U.A. of daaraan gelieerde ondernemingen.

Op de verwerking van uw persoonsgegevens is de privacywetgeving van toepassing, waaronder de Wet Bescherming Persoonsgegevens, de ZN Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, de Wet algemene bepalingen BSN, de Wet gebruik BSN in de zorg en de Privacy Verklaring van Coöperatie VGZ U.A. U kunt deze gedragscode en Privacy Verklaring vinden op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden.

Wij zijn verplicht uw burgerservicenummer (BSN) te gebruiken in onze administratie en in de communicatie (gegevensuitwisseling) met zorgaanbieders. Het BSN wordt ook gebruikt voor het declaratieverkeer. Beiden vinden plaats op een wettelijke basis.

Voor de veiligheid en integriteit van de financiële sector kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS), www.stichtingcis.nl.

Wilt u meer informatie, uw persoonsgegevens inzien, corrigeren of verzet aantekenen? U kunt hiervoor bij de functionaris voor de gegevensbescherming (FG) terecht via het e-mailadres op onze website onder het kopje 'privacy'.

Gebruik persoonsgegevens door zorgaanbieders

Als wij uw nota's rechtstreeks van zorgaanbieders ontvangen en aan hen betalen, wordt uw aanvullende verzekering sneller en eenvoudiger uitgevoerd. Daarvoor kan het nodig zijn dat de zorgaanbieder weet hoe u verzekerd bent. Om die reden kunnen de zorgaanbieders uw adres- en polisgegevens en burgerservicenummer (BSN) op een veilige manier inzien. Zij mogen dat alleen als zij u ook daadwerkelijk behandelen. Als het om een dringende reden noodzakelijk is dat zorgaanbieders geen inzage mogen hebben in uw adresgegevens, laat dit dan aan ons weten. Wij zorgen ervoor dat deze gegevens worden afgeschermd.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Bij de totstandkoming van deze aanvullende verzekering(en) wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. De premies en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst zijn van toepassing vanaf de dag dat u deelneemt aan de collectieve overeenkomst.

- 3.2.2.** Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3.** U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

- 3.3.1.** U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, dan ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.3.2.** U betaalt de premie, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Kosteloze betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.3).
- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling, dit kan desgewenst direct via iDEAL.
- c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

Als u geen gebruik maakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, dan betaalt u € 1,50. Dit bedrag is voor alle kosten die wij maken voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruik maakt van de papieren factuur.

U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

- 3.3.3.** Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatisch incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een papieren factuur. Als wij ervoor kiezen u een papieren factuur te sturen, dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.4. Verrekening

- 3.4.1.** U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1.** Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de aanvullende verzekering(en) te beëindigen als u niet op tijd betaalt. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.5.2.** Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:
- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
 - incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.5.3.** Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4.** Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

- 3.5.5.** Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd hebt betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering(en);
- de zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt) scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht hebt u niet als een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering van ons aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1. Toelating tot de aanvullende verzekering(en)

U kunt de aanvullende verzekering(en) als aanvulling op een zorgverzekering van Univé sluiten. Voor de Tand Best moet u voor personen vanaf 8 jaar een tandheilkundige verklaring invullen.

6.2.2. Gezinsdekking

Kinderen jonger dan 18 jaar op de polis krijgen dezelfde aanvullende verzekering als een verzekerde ouder/verzorger. Hebben beide ouders/verzorgers een Aanvullend Goed, Beter of Best en/of een Tand Ongevallen, Goed, Beter of Best dan krijgt het verzekerde kind de aanvullende verzekering van de hoogst verzekerde ouder/verzorger. Hiervan kan worden afgeweken als wij u of uw kind niet accepteren voor een Tand Best.

6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1. en 6.2.2. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2018 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2018. Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen Univé. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3. Einde van rechtswege

De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van te voren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, dan sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering(en) opzeggen, op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt, op voorwaarde dat wij de opzegging hebben ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

6.4.3. Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering(en) op te zeggen.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen.

Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. e-Court

Als u premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet tijdig hebt betaald, kunnen wij een procedure starten bij de Stichting e-Court. Als u een oproep voor een procedure bij e-Court hebt ontvangen, kunt u een maand bezwaar maken tegen deze procedure. In dat geval starten wij een procedure bij de burgerlijke rechter, tenzij u het geschil voorlegt aan de SKGZ. De wettelijke regels en het procesreglement zijn op de procedure bij e-Court van toepassing. U vindt deze op www.e-court.nl.

7.3. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

II. Aanvullend Goed, Aanvullend Beter, Aanvullend Best

Artikel 9. Alternatieve zorg

Omschrijving

Alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - a. acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
 - b. antroposofische alternatieve geneeswijzen;
 - c. homeopathie;
 - d. natuurgeneeswijzen;
 - e. psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder.

Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen.

Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

2. homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgaanbieder opvragen en contact met ons opnemen. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden. Uw apotheek of apothekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA of HM registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt

Aanvullend Goed	maximaal € 300 per kalenderjaar; voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag
Aanvullend Beter	maximaal € 500 per kalenderjaar; voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag
Aanvullend Best	maximaal € 800 per kalenderjaar; voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag

Bijzonderheden

1. Onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
 - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
 - relatietherapie;
 - schoonheidsbevordering;
 - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 20);
 - celtherapie en chelatietherapie.
2. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 10. Bewegzorg

Omschrijving

Beweegzorg bestaat uit:

1. fysiotherapie;
2. oefentherapie Cesar/Mensendieck;
3. oedeemtherapie.

Naast deze reguliere therapieën kunt u ook gebruik maken van alternatieve bewegingstherapieën:

4. chiropractie, osteopathie, manuele therapie E.S., orthomanuele geneeskunde, craniosacraaltherapie, haptotherapie en ontspannings- en ademhalingstherapie van Dixhoorn.

Wie mag de zorg verlenen

1. Fysiotherapie: fysiotherapeut of gespecialiseerde fysiotherapeut.
Een gespecialiseerde fysiotherapeut is een kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatriefysiotherapeut en de manueel therapeut. De gespecialiseerde fysiotherapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of in het register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).
2. Oefentherapie Cesar/Mensendieck: oefentherapeut Cesar/Mensendieck en de specialistische oefentherapeuten die zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). Dit zijn de kinder- en psychosomatisch oefentherapeut.
3. Oedeemtherapie: oedeem(fysio)therapeut of huidtherapeut;
De oedeem(fysio)therapeut moet zijn ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) of in het register van de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF). De huidtherapeut moet zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP).
4. Alternatieve bewegingstherapieën: een door ons aangewezen zorgaanbieder.

Wordt de zorg, zoals beschreven onder punt 1 tot en met 3, verleend door een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling (zitting) in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders'. Deze lijst vindt u op onze website.

Let op

Wij hebben voor fysiotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Voor fysiotherapie vanwege a-specifieke lage rugklachten en fysiotherapie na vervanging van een heup of een knie maken wij speciale afspraken met een aantal zorgaanbieders. Kijk voor meer informatie op onze website.

Wordt de zorg, zoals beschreven onder punt 4, verleend door een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde en aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website.

Waar mag de zorg worden verleend

De zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding

Aanvullend Goed	maximaal 9 behandelingen per kalenderjaar voor alle bewegzorg samen; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45
Aanvullend Beter	maximaal 16 behandelingen per kalenderjaar voor alle bewegzorg samen; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45, voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar

Aanvullend Best	maximaal 22 behandelingen per kalenderjaar voor alle beweegzorg samen; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45, voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar
Collectief Aanvullend Goed	maximaal 32 behandelingen per kalenderjaar voor alle beweegzorg samen; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45, voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar
Collectief Aanvullend Beter	maximaal 32 behandelingen per kalenderjaar voor alle beweegzorg samen; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45, voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar
Collectief Aanvullend Best	maximaal 32 behandelingen per kalenderjaar voor alle beweegzorg samen; voor alternatieve bewegingstherapieën maximaal 1 behandeling per dag tot maximaal € 45, voor manuele therapie maximaal 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar

Bijzonderheden

Jonger dan 18 jaar

1. Niet-chronische aandoeningen:
u hebt recht op vergoeding van de kosten van (kinder)fysiotherapie en (kinder)oefentherapie Cesar/Mensendieck vanaf de negentiende behandeling. De eerste achttien behandelingen zijn opgenomen in de zorgverzekering.

18 jaar en ouder

2. Chronische aandoeningen:
u hebt recht op vergoeding van de eerste twintig behandelingen tot maximaal het aantal behandelingen in uw aanvullende verzekering. Vanaf de 21e behandeling hebt u recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing van uw huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist en onze toestemming vereist. Deze chronische aandoeningen zijn vastgesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). U vindt deze in de Lijst met aandoeningen voor fysiotherapie en oefentherapie (bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering).
3. Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie vanaf 18 jaar:
vergoeding van de kosten van bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie geldt vanaf de tiende behandeling. De eerste negen behandelingen komen ten laste van de zorgverzekering.
4. Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij perifere arterieel vaatlijden in stadium 2 Fontaine (etalagebenen):
vergoeding van de kosten van deze behandeling geldt vanaf de 38e behandeling. De eerste 37 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden, komen ten laste van de zorgverzekering.
5. Oefentherapie onder toezicht van een fysiotherapeut of oefentherapeut bij artrose van heup- of kniegewricht:
vergoeding van de kosten van deze behandeling geldt vanaf de 13e behandeling. De eerste 12 behandelingen, gedurende maximaal 12 maanden, komen ten laste van de zorgverzekering.

Alle leeftijden

6. Een screening, intake en onderzoek op dezelfde dag telt als 1 behandeling. Als een screening, intake en onderzoek niet op dezelfde dag plaatsvinden, dan telt dit als twee behandelingen.
7. U hebt geen recht op behandelingen die niet als Beweegzorg worden beschouwd. Voorbeelden hiervan zijn:
 - arbocuratieve zorg. Dit is zorg die zich richt op genezing en behandeling van arbeidsgerelateerde acute en chronische lichamelijke aandoeningen;
 - re-integratietrajecten. Re-integratie is het geheel aan maatregelen dat erop gericht is om de arbeidsongeschikte werknemer terug te laten keren in het arbeidsproces;
 - behandelingen en behandelprogramma's met als doel verbetering van conditie, zoals medische trainingstherapie, fysiofitness, bewegen voor ouderen, bewegen voor mensen met overgewicht en cardiotraining.
8. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

Artikel 11. Ergotherapie

Omschrijving

Aanvullende vergoeding voor ergotherapie op voorwaarde dat deze zorg het doel heeft uw zelfzorg en zelfredzaamheid te bevorderen of te herstellen. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 10 behandelingen ergotherapie per kalenderjaar. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling op de vergoeding uit de zorgverzekering.

Wie mag de zorg verlenen

Ergotherapeut.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten tot maximaal de tarieven zoals genoemd in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. U vindt deze lijst op onze website.

Let op

Wij hebben voor ergotherapie voor de behandeling van de Ziekte van Parkinson alleen gespecialiseerde zorgaanbieders gecontracteerd die zijn aangesloten bij ParkinsonNet. Kijk voor meer informatie over ParkinsonNet op onze website.

Waar mag de zorg worden verleend

Deze zorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding

Aanvullend Goed	Maximaal 3 uur per kalenderjaar
Aanvullend Beter	Maximaal 5 uur per kalenderjaar
Aanvullend Best	Maximaal 7 uur per kalenderjaar

Artikel 12. Valpreventie

Omschrijving

Een cursus valpreventie leert u hoe u vallen kunt voorkomen. Daarnaast krijgt u balustraining en leert u vallen onder veilige omstandigheden.

Voor wie

Een training valpreventie is voor mensen die moeite hebben met bewegen of lopen, bang zijn om te vallen of al een keer zijn gevallen. Kijk op onze website voor meer informatie.

Welke trainingen komen voor vergoeding in aanmerking

1. In Balans;
2. Vallen Verleden Tijd;
3. Zicht op Evenwicht.

Wie mag de cursus verzorgen

Een gecontracteerd fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of ergotherapeut die beschikt over een certificaat valtraining of een fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck of een ergotherapeut met een certificaat valtraining verbonden aan een thuiszorginstelling.

Vergoeding

Aanvullend Goed	één cursus voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering tot maximaal € 50
Aanvullend Beter	één cursus voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering tot maximaal € 100
Aanvullend Best	één cursus voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering tot maximaal € 150

Bijzonderheden

Na afloop van de cursus stuurt u ons een bewijs van deelname en de nota, samen met een declaratieformulier. De zorgaanbieder vermeldt op de nota dat hij beschikt over een certificaat valpreventie.

Artikel 13. Anticonceptiemiddelen vanaf 21 jaar

Omschrijving

Anticonceptiemiddelen voor verzekerden van 21 jaar en ouder die op grond van de Regeling zorgverzekering mogen worden verstrekt, zoals anticonceptiepil, anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium.

Wie mag de zorg verlenen

Apotheker of apotheekhoudend huisarts.

Recept (voorschrift)

Huisarts, verloskundige of medisch specialist voor het eerste recept van een (nieuw) anticonceptiemiddel.

Vergoeding

Aanvullend Goed	maximaal het bedrag zoals vastgelegd in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)
Aanvullend Beter	
Aanvullend Best	

De kosten van het plaatsen en verwijderen van een anticonceptiemiddel zoals bijvoorbeeld een spiraaltje worden, ongeacht uw leeftijd vergoed vanuit de zorgverzekering.

Bent u jonger dan 21 jaar? Dan hebt u recht op anticonceptiemiddelen zoals anticonceptiepil, een anticonceptief staafje, spiraaltje, ring of pessarium vanuit de zorgverzekering.

GEZICHTSVERMOGEN

Artikel 14. Brillen en contactlenzen

Omschrijving

U hebt eenmaal per 3 kalenderjaren de keuze uit:

1. Een enkelvoudige of multifocale complete bril op sterkte geleverd door een door ons gecontracteerde leverancier volgens het Reglement gezichtshulpmiddelen **of**;
2. Een tegemoetkoming in de kosten van aanschaf van een bril op sterkte bij een opticien of optiekbedrijf waarmee wij voor deze zorg geen overeenkomst hebben gesloten **of**;
3. Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van contactlenzen op sterkte geleverd door een opticien of optiekbedrijf naar keuze **of**;
4. Als u jonger bent dan 18 jaar vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen of filterglazen als deze glazen zijn verstrekt ten laste van de zorgverzekering.

Vergoeding eenmaal per 3 kalenderjaren voor de onder Omschrijving, punt 1 tot en met 4 genoemde zorg

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	<ol style="list-style-type: none">1. een enkelvoudige of multifocale bril uit het basisassortiment van onze gecontracteerde leveranciers2. maximaal € 503. maximaal € 804. volledig
Aanvullend Best	<ol style="list-style-type: none">1. een enkelvoudige of multifocale bril uit het uitgebreide assortiment van onze gecontracteerde leveranciers2. maximaal € 753. maximaal € 1254. volledig

Bijzonderheden

1. De door ons gecontracteerde leveranciers en hun assortiment vindt u in het Reglement gezichtshulpmiddelen.
2. De kosten van het aanmeten van een bril of contactlenzen worden niet afzonderlijk betaald. De kosten voor het aanmeten maken onderdeel uit van de aanschaf.
3. De periode van 3 kalenderjaren omvat het kalenderjaar waarin u een bril of lenzen hebt gekocht en de hieraan voorafgaande 2 kalenderjaren.

Hebt u in 2016 kosten voor een bril, brillenglazen en/of lenzen gedeclareerd en hebt u nog een restbudget? Dan blijven voor u de verzekeringsvoorwaarden 2016 gelden tot 1 januari 2019.

Artikel 15. Ooglaserbehandeling of lensimplantatie

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van een ooglaserbehandeling of een lensimplantatie. De vergoeding geldt ook voor de meerkosten van een multifocale of torische lens bij een cataractoperatie (staaroperatie).

Wie mag de zorg verlenen

Oogarts.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	geen vergoeding
Aanvullend Best	maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

BUITENLAND

Artikel 16. Spoedeisende zorg in verband met vakantie en tijdelijk verblijf in het buitenland

Omschrijving

Een aanvulling op de vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg die u vanuit de zorgverzekering ontvangt. Kosten van vervoer vergoeden wij alleen als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval.

U ontvangt de vergoeding als:

- het om spoedeisende zorg gaat. Dit is zorg die onvoorzien is en redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland;
- u niet langer dan 365 dagen in het buitenland verbleef;
- de kosten van zorg en vervoer in Nederland voor vergoeding in aanmerking komen.

Wij betalen de vergoeding uit in euro's op een Nederlands rekeningnummer. Wij gaan hierbij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Om de buitenlandse valuta om te rekenen naar euro's maken wij gebruik van de historical rates van www.XE.com.

U kunt gebruik maken van de Univé Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas of voor in de verzekeringsvoorwaarden. Dit is vooral aan te raden als het zorg betreft die hoge kosten met zich meebrengt, bijvoorbeeld een opname in een ziekenhuis.

Vergoeding

Aanvullend Goed	volledig
Aanvullend Beter	volledig
Aanvullend Best	volledig

Artikel 17. Repatriëring

Omschrijving

Uw medisch noodzakelijk vervoer of na uw overlijden het vervoer van uw stoffelijk overschot naar Nederland. Hieronder valt het volgende:

- de kosten van vervoer per ambulance en/of vliegtuig, of vervoer door een begrafenisondernemer;
- de kosten van (medisch) noodzakelijke begeleiding;
- de noodzakelijke kosten van communicatie;
- de kosten van het brengen en/of toezenden van noodzakelijke geneesmiddelen die in het buitenland niet verkrijgbaar zijn.

Wie mag de repatriëring verzorgen

Univé Alarmcentrale. U vindt het telefoonnummer op uw zorgpas of voor in de verzekeringsvoorwaarden. Wordt de repatriëring niet verzorgd door de Univé Alarmcentrale? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Aanvullend Goed	volledig
Aanvullend Beter	volledig
Aanvullend Best	volledig

Bijzonderheden

De Univé Alarmcentrale bepaalt in overleg met de behandelend arts in het buitenland de medische noodzaak van terugkeer.

PREVENTIE

Een budget voor preventie bestaande uit:

Artikel 18. Cursussen

Omschrijving

- Cursussen die erop zijn gericht te leren omgaan met een ziekte of aandoening, zoals astma, COPD, diabetes, gewrichtsaandoeningen, kanker, hart- en vaatziekten georganiseerd door een patiëntenvereniging die lid is van of aangesloten bij de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) of een thuiszorgorganisatie;
- Cursussen omgaan met dementie georganiseerd door een thuiszorgorganisatie, de GGD of een GGZ instelling;
- Cursus Eerste hulp bij ongelukken (EHBO) door een organisatie die werkt volgens de Nederlandse richtlijnen voor EHBO;
- Reanimatiecursus door een instructeur of instelling die gecertificeerd is door de Nederlandse Reanimatieraad (NRR).

Kijk voor de patiëntenverenigingen op www.npcf.nl.

Artikel 19. Gezondheidstest

Omschrijving

Integrale medische gezondheidstest met als doel het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten en aandoeningen gevolgd door een advies. De gezondheidstest bestaat uitsluitend uit de volgende onderzoeken:

- algemene vragenlijst over uw gezondheid;
- meten bloeddruk, buikomvang en BMI (Body Mass Index);
- bloedonderzoek: cholesterol en glucose;
- urineonderzoek: eiwit, bloed en glucose;
- longfunctietest;
- visusonderzoek;
- schriftelijke eindrapportage met een advies en de uitslag van de onderzoeken.

De gezondheidstest mag uitgebreid worden met:

- audiologische screening;
- fietstest;
- persoonlijk leefstijlgesprek.

Wie mag de zorg verlenen

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Gaat u naar een andere zorgaanbieder? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op vergoeding van kosten voor:

- preventief medisch onderzoek naar kanker of andere ernstige ziekten of afwijkingen waarvoor geen preventie of behandeling mogelijk is;
- preventief medisch onderzoek als onderdeel van het Preventief Medisch Onderzoek van werkenden (PMO) volgend uit de Arbeidsomstandighedenwet;
- MRI-, CT-scans en zogenaamde total body scans.

Uit de nota moet blijken welke onderzoeken deel uitmaken van de gezondheidstest.

Artikel 20. Gewichtconsulent

Omschrijving

Voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting aan gezonde mensen met gewichtsproblemen. Als uw overgewicht een medische of psychische oorzaak heeft, of als er sprake is van extreem overgewicht, zal de gewichtconsulent u doorverwijzen naar een diëtist.

Wie mag de zorg verlenen

Gewichtconsulent die aangesloten is bij de Beroepsvereniging Gewichtconsulenten Nederland (BGN).

Op www.gewichtconsulenten.nl kunt u een gewichtconsulent bij u in de buurt zoeken.

Artikel 21. Sportmedisch advies

Omschrijving

Vergoeding voor sportmedisch onderzoek en sportmedische begeleiding en sportkeuringen.

Wie mag de zorg verlenen

Sportarts (medisch specialist).

Bijzonderheden

Onder de zorgverzekering valt:

- inspanningsfysiologisch onderzoek en begeleiding door sportartsen binnen een revalidatietraject;
- diagnostiek en behandeling van bepaalde blessures aan het houding-/bewegingsapparaat door (over)belasting door de sportarts.

Deze zorg krijgt u niet vergoed uit de aanvullende verzekering.

Artikel 22. Zorg voor vrouwen in de overgang

Omschrijving

Voorlichting aan, advisering en begeleiding van vrouwen in de overgang.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd in advies op het gebied van vrouwen en hormonen.

Artikel 23. Preventieve vaccinaties en geneesmiddelen in verband met vakantie

Omschrijving

Als u op reis gaat naar het buitenland, dan vergoeden wij de kosten van consulten, noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen ter voorkoming van hepatitis A en B, DTP, gele koorts, tyfus, cholera, (meningococcon)-meningitis, rabiës, malaria, tuberculose, Japanse encefalitis of tekenencefalitis. Onder noodzakelijke vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen verstaan wij de vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen die volgens het advies van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) noodzakelijk zijn. Op de website www.lcr.nl/Landen kunt u per land zien welke vaccinaties geadviseerd worden.

Wie mag de zorg verlenen

Vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken met een (huis)arts die een LCR-registratie en gelekoortsregistratie heeft. De zorgaanbieders met een LCR-registratie vindt u op de website van het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (www.lcr.nl). U ziet op deze website ook of uw arts een gelekoortsregistratie heeft.

De vaccinaties en/of preventieve geneesmiddelen mogen rechtstreeks door deze vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken geleverd worden. Apotheekhoudende huisartsen en apotheken mogen deze middelen op voorschrift van de vaccinatiebureaus en huisartsenpraktijken leveren.

Het totale budget preventie bedraagt

Aanvullend Goed	maximaal € 200 per kalenderjaar
Aanvullend Beter	maximaal € 400 per kalenderjaar
Aanvullend Best	maximaal € 500 per kalenderjaar

GEBOORTEZORG

Geboortezorg betreft zorg rondom zwangerschap, bevalling en kraamtijd.

Artikel 24. Zwangerschaps cursussen

Omschrijving

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten voor het volgen van:

1. Het zelfhulpprogramma Slimmer Zwanger. Een abonnement op het Slimmer Zwanger programma duurt 26 weken en is te gebruiken zowel voor, als tijdens de zwangerschap.
2. Cursussen die:
 - u voorbereiden op de bevalling;
 - uw lichamelijke herstel na de bevalling bevorderen (maximaal 6 maanden na de bevalling).

Wie mag de cursussen verzorgen

- een thuis- of kraamzorgorganisatie;
- een verloskundige(-praktijk);
- een yogadocent die is aangesloten bij de Vereniging Yogadocenten Nederland (VYN);
- een fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck die is aangesloten bij ZwangerFit@;
- een haptonoom die is aangesloten bij de Vereniging Haptonomische Zwangerschapsbegeleiders (VHZB);
- een cursusleider die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor HypnoBirthing® Cursusleiders (NVHBC);
- een cursusleider die is aangesloten bij de vereniging Samen Bevalen.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	maximaal € 75 per kalenderjaar
Aanvullend Best	maximaal € 100 per kalenderjaar

Artikel 25. Verloskundige zorg

Omschrijving

Vergoeding van de kosten die voor uw rekening komen als u zonder medische noodzaak bevalt in een ziekenhuis of een geboortecentrum. De vergoeding betreft het verschil tussen het notabedrag en het bedrag dat u vanuit de zorgverzekering vergoed krijgt.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	volledig
Aanvullend Best	volledig

Artikel 26. Eigen bijdrage kraamzorg

Omschrijving

Vergoeding van de eigen bijdrage voor kraamzorg. Deze eigen bijdrage geldt vanuit de zorgverzekering. De eigen bijdrage krijgt u vergoed over hetzelfde aantal uren waarop u vanuit de zorgverzekering aanspraak kunt maken.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	maximaal € 125 per bevalling
Aanvullend Best	volledig

Artikel 27. Nazorg moeder en pasgeborene

Omschrijving

Ondersteuning van de moeder die vanwege medische complicaties bij haarzelf of vanwege de opname van haar pasgeboren kind in het ziekenhuis binnen de reguliere kraamzorguren niet de noodzakelijke zorg heeft kunnen ontvangen. Als het om medische complicaties bij de moeder gaat dan wordt de zorg aansluitend aan de 10e dag na de geboorte van het kind gegeven. Bij ziekenhuisopname van het kind wordt de zorg gegeven als het kind na de 10e dag na de geboorte ontslagen wordt. De kraamzorgorganisatie stelt het aantal noodzakelijke kraamzorguren vast.

Wie mag de nazorg verlenen

Gediplomeerd kraamverzorgende of een verpleegkundige.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	maximaal 6 uur verspreid over maximaal 2 dagen
Aanvullend Best	maximaal 12 uur verspreid over maximaal 4 dagen

Artikel 28. Kraampakket

Omschrijving

Een kraampakket dat door ons in overleg met verloskundigen is samengesteld. Als u zwanger bent, kunt u dit pakket aanvragen via onze website of via Univé Kraamzorg. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	volledig
Aanvullend Best	volledig

Artikel 29. Elektrische borstkolf

Omschrijving

Huur en aanschaf van een elektrische borstkolf.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	eenmalig tot maximaal € 80
Aanvullend Best	eenmalig tot maximaal € 80

Artikel 30. Lactatiekundig consult

Omschrijving

Vergoeding van een lactatiekundig consult voor de moeder bij problemen met borstvoeding.

Wie mag de zorg verlenen

Lactatiekundige die lid is van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen (NVL).

Verwijsbrief nodig van

Verloskundige, kraamzorgorganisatie, consultatiebureau-arts of Jeugdgezondheidszorg-verpleegkundige. De verwijzing vindt plaats volgens het Verwijzingsprotocol naar de Lactatiekundige. Dit protocol kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	maximaal € 50 per bevalling
Aanvullend Best	maximaal € 75 per bevalling

HUIDBEHANDELINGEN

Een budget voor huidbehandelingen, bestaande uit:

Artikel 31. Acnebehandeling

Omschrijving

Behandeling van ernstige vorm van acne en behandeling van acnelittekens in het gezicht.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website of kunt u telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 32. Camouflagetherapie

Omschrijving

Behandeling gericht op het minder opvallend maken van littekens, spataderen, huidaandoeningen met kleurafwijkingen, inclusief de benodigde middelen. Er moet sprake zijn van ernstige (blijvende) ontsieringen van het gelaat en/of de hals.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website of kunt u telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Artikel 33. Ontharen

Omschrijving

Behandeling gericht op het definitief verwijderen van extreme haargroei in het gelaat.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website of kunt u telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Het totale budget voor huidbehandelingen bedraagt:

Aanvullend Goed	maximaal € 300 per kalenderjaar
Aanvullend Beter	maximaal € 500 per kalenderjaar
Aanvullend Best	maximaal € 700 per kalenderjaar

HULPMIDDELEN

Een budget voor hulpmiddelen dat u kunt besteden aan:

- een vergoeding van de wettelijke eigen bijdragen/eigen betalingen voor onderstaande hulpmiddelen, of;
- de aanschaf van (extra's die te maken hebben met) onderstaande hulpmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen.

Artikel 34. Audiologische hulpmiddelen

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van audiologische hulpmiddelen. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt in het kader van de Regeling zorgverzekering en de kosten van de aanschaf van het betreffende audiologische hulpmiddel.

Audiologische hulpmiddelen zijn: hoortoestellen, toebehoren en accessoires (batterijen, accu's, opladers) voor hoortoestellen, solo-apparatuur, ringleiding, infraroodapparatuur, FM-apparatuur en maskeerders ter behandeling van oorsuizen.

Artikel 35. Hand- en/of vingerspalk voor tijdelijk gebruik

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van maximaal 2 hand- en/of vingerspalken per kalenderjaar. De hand- en/of vingerspalk wordt tijdelijk ingezet als onderdeel van een behandeling om een gewricht te stabiliseren, te ondersteunen en/of te corrigeren.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is gecontracteerd? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Bijzonderheden

1. De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of uw spalk voor vergoeding in aanmerking komt.
2. De kosten van een spalk voor preventief gebruik, bijvoorbeeld voor het beoefenen van sport vergoeden wij niet.

Artikel 36. Mammaprothese

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van de aanschaf van plakstrips voor een mammaprothese, een borstprothese BH en een prothese badpak die worden gebruikt na een borstamputatie. Hieronder vallen ook de benodigde schoonmaakmiddelen voor het verwijderen van de resten van de plakstrips.

Artikel 37. Pruiken of mutssja's

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten in verband met de aanschaf van een pruik volgens de Regeling zorgverzekering. De tegemoetkoming is het verschil tussen het bedrag dat de leverancier in rekening brengt en de vergoeding die u ontvangt vanuit de zorgverzekering.

Bijzonderheden

Als u een indicatie hebt voor een pruik, dan kunt u kiezen voor een tegemoetkoming in de kosten voor een pruik óf een tegemoetkoming in de kosten voor een mutssja.

Artikel 38. Steunpessarium

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van een pessarium, inclusief vergoeding van de kosten van het plaatsen. Het pessarium houdt bij een verzakking de blaas en/of baarmoeder op de normale plaats.

Het totale budget hulpmiddelen bedraagt

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	maximaal € 250 per kalenderjaar
Aanvullend Best	maximaal € 500 per kalenderjaar

MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG

Artikel 39. Buikwandcorrectie

Omschrijving

Correctie van de buikwand.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Indicatie

Een overhangende buikhuidplooi waarbij de diepte van de plooi - aan de binnenzijde gemeten - 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aannemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte. Uw BMI is maximaal 30. Voor een buikwandcorrectie na bariatrische chirurgie mag uw BMI niet hoger zijn dan 35 (BMI ≤35).

De Body Mass Index (BMI) kunt u berekenen door uw lichaamsgewicht te delen door uw lengte in het kwadraat (lengte x lengte).

Voorbeeld: u weegt 85 kg en u bent 1.75 meter lang. Uw BMI is dan 85 gedeeld door $(1.75 \times 1.75) = 85$ gedeeld door 3,0625 = 27,76. Dit is afgerond 28.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	geen vergoeding
Aanvullend Best	maximaal € 2.500

Bijzonderheden

Als u aanspraak kunt maken op een vergoeding uit de zorgverzekering dan geldt de vergoeding uit de aanvullende verzekering niet.

Artikel 40. Ooglidcorrectie

Omschrijving

U hebt recht op een bovenooglidcorrectie of levatorplastiek:

- als de pupil eenderde wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u recht vooruit kijkt, of;
- als er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van het oog, of;
- bij aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts of medisch specialist.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld. Wij vragen u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder 'Omschrijving', goed zichtbaar is.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	geen vergoeding
Aanvullend Best	maximaal € 950

Artikel 41. Sterilisatie

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van sterilisatie.

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist of – als het om een vasectomie (sterilisatie van de man) gaat – een huisarts.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	sterilisatie van de man: maximaal € 800; sterilisatie van de vrouw: maximaal € 1.250
Aanvullend Best	sterilisatie van de man: maximaal € 800; sterilisatie van de vrouw: maximaal € 1.250

PSYCHOLOGISCHE ZORG

Artikel 42. Mindfulness bij burn-out klachten vanaf 18 jaar

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van een 8 weekse training Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Bij deze therapieën wordt de wetenschappelijke kennis uit de medische biologie en psychologie gecombineerd met meditatie en yoga.

Wie mag de zorg verlenen

Mindfulnesstrainer aangesloten bij de beroepsvereniging VMBN (Vereniging Mindfulness Based Nederland) en vallend onder categorie 1. U kunt deze trainers vinden op de website van deze vereniging (www.vmbn.nl).

Vergoeding

Aanvullend Goed	maximaal € 350 per kalenderjaar
Aanvullend Beter	maximaal € 350 per kalenderjaar
Aanvullend Best	maximaal € 350 per kalenderjaar

Indicatie

Burn-out klachten.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts.

Artikel 43. Seksuologische zorg

Omschrijving

Zorg door een seksuoloog die zich richt op het vakgebied van de seksuologie. Dit vakgebied richt zich op een groot aantal aspecten zoals intimiteit, erotiek, vruchtbaarheid, geboorteregeling, seksuele functies, ethiek. Hieronder wordt ook verstaan relatie- en partnertherapie.

Wie mag de zorg verlenen

Seksuoloog. De seksuoloog moet ingeschreven zijn in het register van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS).

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	geen vergoeding
Aanvullend Best	maximaal 4 zittingen per kalenderjaar tot maximaal € 60 per zitting

Bijzonderheden

Een zitting duurt minimaal 60 minuten.

Artikel 44. Cogmed tot 18 jaar

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van Cogmed voor verzekerden tot 18 jaar met een werkgeheugenprobleem of een leerprobleem veroorzaakt door ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder). De vergoeding van de methode betreft behandeling en licentiekosten.

Wie mag de zorg verlenen

Psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater, gezondheidszorgpsycholoog, kind- en jeugdpsycholoog die is ingeschreven in het register van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) of orthopedagoog-generalist die is ingeschreven in het register van de Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen (NVO). De behandelaar moet gecertificeerd zijn als Cogmed-coach. Kijk op de website welke Cogmed-coach de zorg mag verlenen.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	geen vergoeding
Aanvullend Best	maximaal € 400 per kalenderjaar

Artikel 45. Neurofeedback tot 18 jaar

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van neurofeedback voor verzekerden tot 18 jaar met een diagnose ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) of ADD (Attention Deficit Disorder).

Wie mag de zorg verlenen

Psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog, psychiater, kind- en jeugdpsycholoog en gezondheidszorgpsycholoog die is ingeschreven als neurofeedbackbehandelaar in het neurofeedbackregister van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg of medisch specialist.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	geen vergoeding
Aanvullend Best	maximaal € 1.000 per kalenderjaar

VOETBEHANDELINGEN

Een budget voor voetbehandelingen bestaande uit:

Artikel 46. Voetbehandelingen voor de reumatische en diabetische voet

Omschrijving

1. Voetbehandelingen voor verzekerden met reumatoïde artritis;
2. Voetbehandelingen voor diabetici met zorgprofiel 1. Dit betreft behandelingen met het doel (pijn)klachten door huid- en nagelaandoeningen en/of overmatige druk op voet of nagels te verminderen om wonden te voorkomen. Deze voetbehandelingen omvatten geen voetverzorging zoals het verwijderen van eelt om puur cosmetische of verzorgende redenen en algemene nagelverzorging zoals het knippen van nagels.

Wie mag de zorg verlenen

1. Podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP) en hiermee ook is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici of;
2. Een pedicure met aantekening 'reumatische voet' (bij reumatische voet) of 'Diabetes voet' (bij Diabetes voet) of medisch pedicure, die is geregistreerd in het Kwaliteitsregister voor Pedicures (KRP) van ProCert.

Bijzonderheden

1. U hebt recht op bepaalde voetzorg bij diabetes mellitus op grond van uw zorgverzekering. Het gaat om de jaarlijkse voetcontrole, voetverzorgingsadviezen, meer frequent gericht voetonderzoek en diabetische voetbehandelingen vanaf zorgprofiel 2 en hoger. U vindt deze voetzorg in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering.
2. Op de nota dient uw podotherapeut of pedicure het zorgprofiel te vermelden.
3. De vermelde zorgprofielen zijn beschreven in de Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera. Zorgprofielen geven inzicht in de voetzorg die nodig is op basis van een risico-indeling van patiënten met diabetes mellitus. De Zorgmodule vindt u op onze website. Uw huisarts kan u vertellen welk zorgprofiel u hebt.

Artikel 47. Podotherapie

Omschrijving

Behandelingen van voetafwijkingen te weten huid- en nagelaandoeningen of problemen aan het steun- en bewegingsapparaat van de voet.

Wie mag de zorg verlenen

Podotherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVVP) en is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici.

Het totale budget voetbehandelingen bedraagt

Aanvullend Goed	maximaal € 100 per kalenderjaar
Aanvullend Beter	maximaal € 300 per kalenderjaar
Aanvullend Best	maximaal € 500 per kalenderjaar

Artikel 48. Steunzolen en therapiezolen

Omschrijving

Een tegemoetkoming in de kosten van maatwerk inlegzolen die de gewrichten, banden en kapsels van de voet ondersteunen. U hebt ook recht op een tegemoetkoming in de kosten van reparatie en aanpassing van de zolen.

Wie mag de zolen leveren

Podotherapeut, orthopedisch(e) schoenmaker(ij) (SEMH-OSB), werkplaats (SEMH-OIM) of podoposturaal therapeut. SEMH staat voor Stichting Erkenningsregeling Medische Hulpmiddelen, OSB staat voor Orthopedisch Schoentechnische Bedrijven en OIM staat voor Orthopedische Instrument Makerijen.

Vergoeding

Aanvullend Goed	maximaal € 70 per kalenderjaar
Aanvullend Beter	maximaal € 125 per kalenderjaar
Aanvullend Best	maximaal € 125 per kalenderjaar

DIËTETIEK

Artikel 49. Diëtetiek

Omschrijving

Voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden. Vanuit de zorgverzekering hebt u aanspraak op 3 uur diëtetiek. De vergoeding vanuit de aanvullende verzekering is een aanvulling daarop. Hebt u diabetes mellitus type 2, COPD (chronisch obstructieve longziekte), een verhoogd vasculair risico of astma (als u 16 jaar of ouder bent) en ontvangt u hiervoor zorg via een zorgprogramma zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden van onze zorgverzekeringen. Dan wordt de diëtetiek voor deze en gerelateerde aandoeningen via dit zorgprogramma geleverd en hebt u geen recht op de vergoeding uit dit artikel.

Wie mag de zorg verlenen

Diëtist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde diëtisten vindt u op onze website of kunt u telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden. Wordt de zorg verleend door een diëtist waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de kosten zelf moet betalen. U vindt de maximale vergoedingen per behandeling in de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders'. Deze lijst vindt u op onze website.

Waar moet de zorg plaatsvinden

De zorg moet worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Op medisch voorschrift kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	geen vergoeding
Aanvullend Best	maximaal € 250 per kalenderjaar

THUISZORG

Artikel 50. Huishoudelijke hulp

Omschrijving

1. Hulp bij het huishouden in Nederland aansluitend op uw ziekenhuisopname van minimaal 24 uur.
2. U hebt ook recht op vergoeding van huishoudelijke hulp tijdens een ziekenhuisopname van uw kind, als uw kind ook een Aanvullend Beter of Best heeft.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van huishoudelijke hulp kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Het telefoonnummer vindt u op onze website.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen
Aanvullend Beter	maximaal 9 uur per kalenderjaar
Aanvullend Best	maximaal 12 uur per kalenderjaar

Bijzonderheden

1. De huishoudelijke hulp wordt binnen twee werkdagen na ontvangst van uw aanvraag door de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling geboden bij u thuis, tenzij u de hulp op een later moment wilt. De huishoudelijke hulp start uiterlijk binnen 4 weken na de ziekenhuisopname en moet gedurende een periode van maximaal 2 maanden aaneengesloten ingepland worden.
2. De hulp wordt geleverd op het woonadres van de verzekerde, zoals dat bij ons bekend is.
3. Per ziekenhuisopname maakt u één keer aanspraak op vergoeding: u of uw kind, niet beide.
4. Onder huishoudelijke hulp wordt niet verstaan verpleegkundig of medisch handelen of lichamelijke verzorging.
5. De eigen bijdrage uit de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet langdurige zorg vergoeden wij niet.

MANTELZORG

Een mantelzorger verleent zorg aan een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Het gaat om zorg die uit meer bestaat dan in een persoonlijke relatie gebruikelijk is.

Stel uw vraag over mantelzorg aan ons

Of u nu mantelzorger bent of mantelzorg ontvangt, u kunt met uw vragen terecht bij de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Onze medewerkers informeren en adviseren u over mantelzorg: zij zijn op de hoogte van de regelgeving en weten waar u terecht kunt voor hulp.

Mantelzorg bestaat uit de mantelzorgmakelaar en vervangende mantelzorg.

Artikel 51. Mantelzorgmakelaar

Omschrijving

Een mantelzorgmakelaar zorgt tijdelijk voor professionele ondersteuning van de mantelzorger. Een mantelzorgmakelaar kan in overleg met de mantelzorger tijdelijk en ter voorkoming van overbelasting regeltaken op het gebied van zorg, welzijn of financiën overnemen. De mantelzorger houdt de regie. U kunt de mantelzorgmakelaar inschakelen als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De mantelzorgmakelaar stelt het aantal benodigde uren vast.

Wie mag de zorg verlenen

Voor vragen over mantelzorg kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Onze medewerkers kunnen u zo nodig verwijzen naar een zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar

ingeschreven in het landelijk Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaars van de Beroepsvereniging voor Mantelzorgmakelaars (BMZM). Gaat u zonder verwijzing van de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling naar een mantelzorgmakelaar? Of gaat u naar een mantelzorgmakelaar die niet als zelfstandig werkend mantelzorgmakelaar is ingeschreven in het landelijk Centraal Kwaliteitsregister van Mantelzorgmakelaar van de BMZM? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Aanvullend Goed	maximaal € 250 per kalenderjaar
Aanvullend Beter	maximaal € 500 per kalenderjaar
Aanvullend Best	maximaal € 750 per kalenderjaar

Bijzonderheden

De diensten die een mantelzorgmakelaar verleent, komen eenmaal voor vergoeding in aanmerking. De verleende diensten kunnen niet worden gedeclareerd door zowel de mantelzorger als degene die de mantelzorg ontvangt.

U verzorgt uw vader die ook bij Univé is verzekerd. U of uw vader kan de kosten van de mantelzorgmakelaar declareren. Niet allebei.

Artikel 52. Vervangende mantelzorg

Omschrijving

Tijdelijke overname van de zorg van een mantelzorger met het doel om die mantelzorger vrijaf te geven. U kunt de vervangende mantelzorg inzetten als u mantelzorg ontvangt of mantelzorger bent. De gecontracteerde organisatie bepaalt of een vervangende mantelzorger kan voorzien in uw zorgvraag. De vervangende mantelzorg kan aangevraagd worden voor een minimum van drie dagen.

Wie mag de vervangende mantelzorg verlenen

Een door ons gecontracteerde organisatie. Voor het aanvragen van vervangende mantelzorg kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een organisatie waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Aanvullend Goed	maximaal 5 dagen per kalenderjaar
Aanvullend Beter	maximaal 10 dagen per kalenderjaar
Aanvullend Best	maximaal 15 dagen per kalenderjaar

Let op

Wanneer u voor de eerste keer een aanvraag doet, doe dit dan 8 weken voordat u of uw mantelzorger graag weg zou willen gaan. Deze tijd is nodig om alles zo zorgvuldig mogelijk te organiseren.

VERBLIJF

Artikel 53. Herstellingsoorden en zorghotels

Omschrijving

Verblijf in een herstellingsoord of zorghotel is mogelijk:

1. aansluitend op ontslag uit een ziekenhuis of behandeling in een zelfstandig behandelcentrum als uw behandelingen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum helemaal zijn afgerond;
2. als uw mantelzorger overbelast is of tijdelijk wegvalt en er geen andere opvang thuis mogelijk is;
3. als u wilt herstellen van (mentale) overbelasting of burn-out.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons gecontracteerd herstellingsoord of zorghotel. Een overzicht van de door ons gecontracteerde herstellingsoorden en zorghotels vindt u op onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een herstellingsoord of zorghotel waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Verwijsbrief nodig van

U hebt een verwijsbrief nodig van uw huisarts of medisch specialist als er sprake is van een herstel in verband met (mentale) overbelasting of burn-out (zoals beschreven onder Omschrijving, punt 3).

Vergoeding

Aanvullend Goed	maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar
Aanvullend Beter	maximaal € 100 per dag tot maximaal € 1.500 per kalenderjaar
Aanvullend Best	maximaal € 100 per dag tot maximaal € 2.000 per kalenderjaar

Artikel 54. Hospice

Omschrijving

Verblijf in een hospice/Bijna-Thuis-Huis als u ongeneeslijk ziek bent en niet meer thuis kunt worden verzorgd. Hier kunt u tot aan uw overlijden worden verzorgd.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons erkend hospice/Bijna-Thuis-Huis.

Een overzicht van de erkende hospices/Bijna-Thuis-Huizen in uw regio vindt u op onze website.

Gaat u naar een hospice/Bijna-Thuis-Huis dat niet door ons is erkend? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Vergoeding

Aanvullend Goed	maximaal € 30 per dag
Aanvullend Beter	maximaal € 30 per dag
Aanvullend Best	maximaal € 30 per dag

Artikel 55. Verblijf in een logeerhuis of familiehuis bij ziekenhuisopname

Omschrijving

1. Vergoeding voor de kosten van het verblijf in een familie- of logeerhuis verbonden aan een ziekenhuis in Nederland, als uw kind of uw partner wordt opgenomen in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres is gevestigd. Voorbeelden van familiehuizen speciaal voor kinderen zijn de Ronald McDonaldhuizen en de Kiwanishuizen verbonden aan verschillende ziekenhuizen in Nederland. Als uw kind of partner wordt opgenomen in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, dan is daar de mogelijkheid te verblijven in het Onthaal-tehuis Ter Weijde.
2. Vergoeding voor de kosten van verblijf in een logeerhuis als u twee dagbehandelingen moet ondergaan in een ziekenhuis dat meer dan 40 kilometer van uw woonadres ligt. De dagbehandeling moet op aaneengesloten dagen plaatsvinden.

Het ziekenhuis bepaalt meestal of u in aanmerking komt voor verblijf in een familiehuis of logeerhuis.

Vergoeding

Aanvullend Goed	maximaal € 300 per kalenderjaar
Aanvullend Beter	maximaal € 400 per kalenderjaar
Aanvullend Best	maximaal € 600 per kalenderjaar

VERVOER

Artikel 56. Vervoer in verband met transplantatie van organen

Omschrijving

Vergoeding van de kosten van taxivervoer of eigen vervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis tussen uw woon- of verblijfplaats en de instelling waar u zorg ontvangt die verband houdt met transplantatie van organen als u geen aanspraak kunt maken op dit vervoer op grond van de zorgverzekering. Het betreft de volgende zorg: pretransplantatieonderzoek, opnames en nacontroles. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis wordt apart berekend.

Wie mag het taxivervoer verzorgen

Een door ons gecontracteerde vervoerder. Een overzicht van de gecontracteerde vervoerders vindt u op onze website of kunt u telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een vervoerder waarmee wij geen contract hebben gesloten? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. U kunt hiervoor gebruik maken van het Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer. U kunt dit formulier downloaden via onze website of telefonisch opvragen. Ons telefoonnummer staat voor in de verzekeringsvoorwaarden.

Vergoeding

Aanvullend Goed	taxivervoer: volledig; vervoer per eigen auto: € 0,30 per kilometer
Aanvullend Beter	taxivervoer: volledig; vervoer per eigen auto: € 0,30 per kilometer
Aanvullend Best	taxivervoer: volledig; vervoer per eigen auto: € 0,30 per kilometer

Bijzonderheden

Het vervoer van de donor wordt niet vergoed.

TANDHEELKUNDIGE ZORG/MONDZORG

Artikel 57. Gebitsprothesen (kunstgebit)

Omschrijving

Vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten, zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering.

Onder de vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage valt:

- de wettelijke eigen bijdrage voor uw volledig kunstgebit;
- de wettelijke eigen bijdragen die gelden voor de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de wettelijke eigen bijdrage voor de mesostructuur (drukknoppen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- de wettelijke eigen bijdrage die geldt voor het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

Vergoeding

Aanvullend Goed	geen vergoeding
Aanvullend Beter	volledig
Aanvullend Best	volledig

III. Tand Ongevallen, Tand Goed, Tand Beter, Tand Best

Artikel 58. Tandheelkundige zorg

Omschrijving

Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half-)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis;
- vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten, zoals deze geldt vanuit de zorgverzekering.

Onder de vergoeding van de wettelijke eigen bijdrage valt:

- de wettelijke eigen bijdrage voor uw volledig kunstgebit;
- de wettelijke eigen bijdragen die gelden voor de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de wettelijke eigen bijdrage voor de mesostructuur (drukknopen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- de wettelijke eigen bijdrage die geldt voor het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De tandprotheticus mag tandprothetische zorg op implantaten alleen onder de medische verantwoordelijkheid van een tandarts of tandarts-implantoloog leveren. Uw tandarts of tandarts-implantoloog brengt in dat geval de kosten in rekening.

De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.

Wilt u een implantaat laten plaatsen? Laat de behandeling uitvoeren door een door ons gecontracteerde tandarts-implantoloog of kaakchirurg. Dan bent u verzekerd van goede zorg. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen

Tand Ongevallen	geen vergoeding
Tand Goed	80% (voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) geldt 100%) tot maximaal € 250 per kalenderjaar. De kosten van gebitsreiniging (M03) vergoeden wij tot maximaal 60 minuten per kalenderjaar
Tand Beter	80% (voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) geldt 100%) tot maximaal € 500 per kalenderjaar. De kosten van gebitsreiniging (M03) vergoeden wij tot maximaal 60 minuten per kalenderjaar
Tand Best	80% (voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) geldt 100%) tot maximaal € 1000 per kalenderjaar. De kosten van gebitsreiniging (M03) vergoeden wij tot maximaal 60 minuten per kalenderjaar

Bijzonderheden

1. Niet vergoed worden de kosten van:
 - niet nagekomen afspraken;
 - orthodontische zorg;
 - uitwendig bleken (E97 en E98);
 - algehele narcose of sedatie en voorbereiding behandeling onder volledige narcose (A20 en C84).
2. De kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden vergoed tot maximaal de in Nederland geldende tarieven. Deze kosten vallen onder het maximale bedrag per kalenderjaar.

Artikel 59. Orthodontische zorg

59.1. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving

Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of orthodontist.

Vergoeding

Tand Ongevallen	geen vergoeding
Tand Goed	geen vergoeding
Tand Beter	maximaal € 1.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Tand Best	maximaal € 2.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

59.2. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of orthodontist.

Vergoeding

Tand Ongevallen	geen vergoeding
Tand Goed	geen vergoeding
Tand Beter	maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering
Tand Best	maximaal € 1.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkundige zorg en orthodontische zorg. Deze tarievenlijsten met maximum tarieven worden vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Artikel 60. Tandheelkundige kosten ten gevolge van een ongeval

Omschrijving

Vergoeding van de kosten voor onvoorziene tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, waardoor de schade als gevolg van het ongeval aan uw gebit wordt hersteld. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal komen voor vergoeding in aanmerking.

Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld op uw lichaam, van buitenaf en buiten uw wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering Tand Ongevallen, Tand Goed, Tand Beter of Tand Best. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een door u ingevuld formulier 'vragenformulier ongeval', een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u redelijkerwijs op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is.

Vergoeding

Tand Ongevallen	maximaal € 10.000 per ongeval
Tand Goed	maximaal € 10.000 per ongeval
Tand Beter	maximaal € 10.000 per ongeval
Tand Best	maximaal € 10.000 per ongeval

Bijzonderheden

U hebt geen recht op vergoeding van:

- kosten als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- kosten als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- kosten als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- kosten als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- kosten die niet onvoorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- kosten van een behandeling in het buitenland;
- kosten van orthodontische zorg.

IV. Begripsomschrijvingen

Aanvullende verzekering: de in deze verzekeringsvoorwaarden omschreven aanvullende verzekering(en) (Collectief Aanvullend Goed, (Collectief) Aanvullend Beter, (Collectief) Aanvullend Best, Tand Ongevallen, Tand Goed, Tand Beter en Tand Best.

Collectieve overeenkomst: een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering (collectief contract) gesloten tussen de zorgverzekeraar en een werkgever of rechtspersoon met als doel de aangesloten deelnemers de mogelijkheid te bieden onder de in deze overeenkomst omschreven voorwaarden een zorgverzekering en eventuele aanvullende verzekeringen te sluiten.

Diagnose-behandelcombinatie (dbc): een dbc beschrijft door middel van een dbc-code die vastgesteld wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (tweedelijns curatieve GGZ). Dit omvat het totale traject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt, tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.

Fraude: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

Instelling: 1. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
2. een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land bestaande sociale zekerheidsstelsel, of zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Mantelzorger: een mantelzorger zorgt langdurig en onbetaald meer dan 8 uur per week of langer dan 3 maanden voor iemand die chronisch ziek, gehandicapt of hulpbehoevend is en met wie hij of zij een persoonlijke band heeft. Dat kan een familielid zijn, maar ook een vriend of kennis. Een mantelzorger is geen beroepskracht.

Schriftelijk: waar in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over 'schriftelijk' wordt ook verstaan 'per e-mail'.

Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar voor u wordt verstrekt, vooraf aan de afname van die bepaalde zorg.

U: verzekeringnemer en/of verzekerde.

Verblijf: verblijf met een duur van 24 uur of langer.

Verzekerde: degene ten behoeve van wie deze verzekeringsovereenkomst is gesloten en die als zodanig op het polisblad of op een ander bewijs van verzekering, afgegeven door de zorgverzekeraar, is vermeld.

Verzekeringnemer: degene die met de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.

Wmg-tarieven: tarieven zoals vastgesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Ziekenhuis: een instelling voor medisch specialistische zorg, die is toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZI). Hierin is verblijf van 24 uur of langer toegestaan.

Zorghotel: een door de zorgverzekeraar gecontracteerde instelling, waarin in een hotelachtige setting een 24-uurs zorg- en dienstverlening, in ieder geval bestaande uit verpleging en verzorging, zijn gegarandeerd.

Zorgverzekeraar, de/Univé: N.V. Univé Zorg, statutair gevestigd in Arnhem, KvK-nummer: 37112407. N.V. Univé Zorg is ingeschreven in het Register Verzekeraars van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en De Nederlandsche Bank (DNB), vergunningnummer: 12000665. N.V. Univé Zorg is onderdeel van de Coöperatie VGZ U.A. In deze verzekeringsvoorwaarden wordt Univé aangeduid met 'wij' en 'ons'.

Zorgverzekering: een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten (zorg) schadeverzekeringsovereenkomst zoals bedoeld in artikel 1 sub d van de Zorgverzekeringswet.

D8133-201710

