

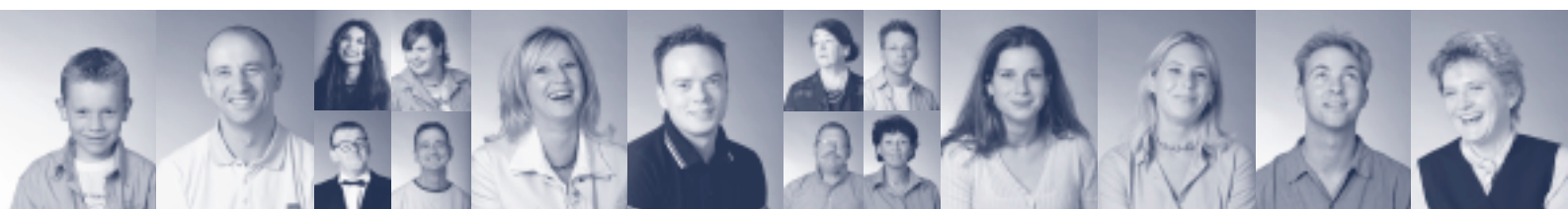


Zilveren Kruis | achmea

Eerst mensen, dan regels.

Ingangsdatum 1 januari 2004

Verzekeringsreglement en Vergoedingen Ziekenfondswet en aanvullende verzekeringen



Vergoedingenoverzicht

Vergoeding	Artikel	Bladzijde	Ziekenfonds-wet	Voordeel-Zilver-Pakket	Zilver-Pakket	Basis-Zilver-Tandarts-Polis	Zilver-Tandarts-Polis	Uitgebreide Zilver-Tandarts-Polis	Klassen-verzekering	Achmea health
Acnebehandeling	42	14			•					
Alarmeringsapparatuur	57	16								•
Alternatieve geneesmiddelen	22	11		•	•					
Alternatieve geneeswijzen/therapieën	21	11		•	•					
Asmacentrum Davos	3	8	•							
Audiologisch centrum	12	9	•							
Bevalling	26, 27	12	•	•	•					
Bewakingsapparatuur wiegendood	61	17								•
Brlmonturen, brillenglazen en contactlenzen	25, 56	11, 16			•					•
Buitenland	31, 32, 54	12, 13, 16	•	•	•	•	•	•		•
Buitenland, preventieve vaccinaties	62	17								•
Camouflagetherapie	43	14			•					
Cosmetische chirurgie	41	14	•							
Dagverpleging	1	8	•							
Energieverbeteringsprogramma	68	18								•
Epilatie	44	14			•					
Erfelijkheidsonderzoek	13	9	•							
Ergotherapie	18	10	•							
Farmaceutische zorg	16	9	•	•	•					
Fitness	70	18								•
Fysiotherapie	17	10	•	•	•					
Gasthuis/bezoekkostenregeling	2	8		•	•					
Health shop	73	18								•
Herstellingssoorten	34	13			•					
Huisarts	15	9	•							
Hulpmiddelen	23, 74	11, 18	•			•				•
In vitro fertilisatie	10	9	•	•	•					
Kraampakket	59	17								•
Kraamzorg	28, 29	12	•		•					
Leefstijltrainingen	65	17								•
Leukemieonderzoek bij kinderen	11	9	•							
Logopedie	19	10	•							
Medisch specialistische zorg, extramuraal	6	8	•							
Medisch specialistische zorg, klinisch	1	8	•							
Medisch specialistische zorg, poliklinisch	5	8	•							
Nierdialyse	9	9	•							
Ontspanningsarrangement	69	18								•
Oefentherapie Mensendieck/Cesar	17	10	•		•					
Orgaantransplantaties	8	8	•							
Orthodontie	46	15		•	•					
Orthodontie, bijzondere gevallen	53	16	•							
Overgangsconsulent	72	18								•
Pedicurezorg	40	14			•					
Plaswekker	24	11			•					
Plakstrips mammaprothesen	23	11			•					
Podotherapie	38	14			•					
Preventieve cursussen	66	17								•
Preventieve onderzoeken	63	17								•
Psoriasisbehandeling	14	9		•	•					
Psychologische zorg	37	14		•	•					
Psychotherapie	36	14		•	•					
Reumakuurbehandeling	33	13		•	•					
Revalidatie, deeltijdbehandeling	4	8	•							
Second opinion	58	16								•
Sportmedisch onderzoek	64	17								•
Steunzolen	39	14			•					
Stottertherapie	20	10		•	•					
Tandheelkundige zorg, algemeen	48	15	•	•	•	•	•	•		
Tandheelkundige zorg, bijzondere gevallen	52	16	•							
Tandheelkundige zorg, gehandicapten	51	16	•							
Tandheelkundige zorg, implantaten	47	15	•							
Tandheelkundige zorg, kronen, bruggen en inlays	48	15			•	•	•	•		
Tandheelkundige zorg -mesostructuur op implantaten	50	15	•							
Tandheelkundige zorg, prothesen	49	15	•							
Therapeutisch kamp voor kinderen	35	13			•					
Thuiszorg gehandicapten en chronisch zieken	45	14			•					
Vakantie, bemiddeling bij zorg	75	18								•
Vakantiedokter	55	16								•
Verloskundige zorg	26	12	•							
Verpleegartikelen	60	17								•
Vervoer van zieken	30	12	•	•	•					
Voedingsvoorlichting	67	17								•
Wachttijdbemiddeling	71	18								•
Zelfstandig behandelcentrum	7	8	•							
Ziekenhuisopname	1	8	•						•	

Wij beschrijven allereerst het verzekeringsreglement.

Vanaf pagina 8 beschrijven wij artikelsgewijs de vergoedingen waarop u recht heeft. Bij elk artikel beschrijven wij uit welke verzekering (ziekenfonds of aanvullende verzekering) u vergoeding krijgt. Onder het kopje 'ziekenfondsverzekering' hebben wij steeds kort weergegeven wat de vergoeding volgens de Ziekenfondswet inhoudt. Uw aanspraken staan uitgebreid beschreven in de Ziekenfondswet en de bijbehorende regelingen. Onze beschrijving is slechts een korte samenvatting hiervan.

In het overzicht op de linkerpagina staat schematisch weergegeven in welk artikel en op welke bladzijde u kunt nalezen wat uw rechten zijn.

Op uw polisblad staat vermeld welke verzekeringen u heeft afgesloten. Op de vergoedingen die vallen onder 'Achmea health' (artikelen 54 tot en met 75) heeft u recht als u het het VoordeelZilverPakket of het ZilverPakket heeft afgesloten.

Algemene voorwaarden

Artikel Onderwerp

- 1 Begripsbepalingen
- 2 Algemeen
- 3 Aanmelding en inschrijving
- 4 Verzekeringsbewijs
- 5 Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving
- 6 Verplichtingen van de verzekerde
- 7 Schadevergoeding
- 8 Premievaststelling en premieheffing
- 9 Peildata nominale premie
- 10 Verschuldigdheid nominale premie
- 11 Verhoging nominale premie
- 12 Betaling premie
- 13 Nalatigheid bij betaling premie
- 14 Zorgaanspraken
- 15 Geldend maken van zorgaanspraken
- 16 Zorgaanspraken in het buitenland
- 17 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar
- 18 Aansprakelijkheid van derden
- 19 Verval vorderingsrecht
- 20 Wijziging reglement
- 21 Informatie over klacht en beroep
- 22 Persoonsgegevens

Artikel 1 Begripsbepalingen

In dit reglement wordt verstaan onder:

- 1.1 Aanvullende verzekering**
De aanvullende verzekering(en) op de ziekenfondsverzekering.
- 1.2 Ambulance**
Een vervoermiddel, bedoeld voor vervoer van zieken en ongevalslachtoffers, dat is toegelaten krachtens de Wet Ambulancevervoer.
- 1.3 Arts**
Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.
- 1.4 Audiologisch centrum**
Een centrum dat audiologische zorg verleent en door de overheid als ziekenhuis is toegelaten.
- 1.5 Bijkomende kosten**
De neventarieven die door een instelling op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg in rekening mogen worden gebracht.
- 1.6 Dagverpleging**
Bedverpleging in een ziekenhuis korter dan 24 uur, voorzienbaar nodig om op dezelfde dag onderzoek of behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg te ondergaan.
- 1.7 Eerstelijns psycholoog**
Een in Nederland gevestigde psycholoog die als gekwalificeerd eerstelijns psycholoog geregistreerd staat bij het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P.).

1.8 Ergotherapeut

Een in Nederland gevestigde ergotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.9 Fraude

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met verzekeraar.

1.10 Fysiotherapeut

Een in Nederland gevestigde fysiotherapeut die als zodanig bij de bevoegde overheidsinstantie staat geregistreerd in het kader van de wet BIG.

1.11 Geneeskundig adviseur

De arts die ons in medische aangelegenheden adviseert.

1.12 Gezondheidszorg psycholoog

Een in Nederland gevestigde gezondheidszorg psycholoog die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.13 Huidtherapeut

Een in Nederland gevestigde huidtherapeut, vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.14 Huisarts

Een in Nederland in of nabij uw woonplaats gevestigde arts, die als huisarts geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.15 Hulpmiddel

Een medisch hulpmiddel dat is opgenomen in het Achmea reglement Hulpmiddelen.

1.16 Kaakchirurg

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

1.17 Kalenderjaar

De periode die loopt van 1 januari tot en met 31 december.

1.18 Klinisch genetisch centrum

Een instelling voor klinische genetica, die een vergunning heeft op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen.

1.19 Laboratoriumonderzoek

Onderzoek door een in Nederland gelegen laboratorium, dat wettelijk is toegelaten.

1.20 Logopedist

Een in Nederland gevestigde logopedist vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.21 Medeverzekerde

De echtgeno(o)t(e) of partner en eigen, aangehuwde of pleegkinderen van de verzekerde, zoals omschreven in de Ziekenfondswet.

1.22 Medische noodzaak

De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.

1.23 Medisch specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

1.24 Oefentherapeut

Een in Nederland gevestigde oefentherapeut Cesar/oefentherapeut Mensendieck vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.25 Orthodontist

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

1.26 Premie

De nominale premie, procentuele premie en/of de premie voor de aanvullende verzekering.

1.27 Podotherapeut

Een in Nederland gevestigde podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

1.28 Revalidatie

Onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist. Dit team moet verbonden zijn aan een wettelijk toegelaten instelling voor revalidatie.

1.29 Tandarts

Een in Nederland gevestigde tandarts die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.30 Tandprotheticus

Een in Nederland gevestigde tandprotheticus, die is opgeleid conform het Besluit 'opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

1.31 Terrorismeschade

Schade als gevolg van terrorisme, kwaadwillige besmetting en/of preventieve maatregelen, en handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme.

1.32 U/uw

De verzekerde personen. Deze staan genoemd op het bewijs van verzekering.

1.33 Verloskundige

Een in Nederland gevestigde verloskundige die als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de wet BIG.

1.34 Verzekerde

De persoon die bij de zorgverzekeraar is ingeschreven.

1.35 Verzekering

De ziekenfondsverzekering, de AWBZ en/of de aanvullende verzekering(en).

1.36 Verzekeringsbewijs

Het bewijs van inschrijving: een polisblad en een Zilvercard.

1.37 Wet BIG

De Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg. In deze wet staan de deskundigheden en bevoegdheden van de zorgverleners omschreven. In de bijbehorende registers staan de namen van zorgverleners die aan de wettelijke eisen voldoen.

1.38 Wij/ons

- a voor de uitvoering van de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: OWM Zilveren Kruis Ziekenfonds U.A.
- b voor de aanvullende verzekeringen: Achmea Zorgverzekeringen N.V.

1.39 Zelfstandig behandelcentrum

Een in Nederland gevestigde inrichting die als zelfstandig behandelcentrum door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor onderzoek en behandeling van zieken.

1.40 Ziekenfondsverzekering en/of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De ziekenfondsverzekering zoals die is vastgesteld in de Ziekenfondswet (ZFW) en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

1.41 Ziekenhuis

Een in Nederland gevestigde inrichting die als ziekenhuis door de bevoegde overheidsinstantie is toegelaten en die dient voor verpleging, onderzoek en behandeling van zieken. Ook wordt hieronder verstaan het Nederlands Astma Centrum te Davos (Zwitserland).

1.42 Ziekenhuisverpleging

Opname langer dan 24 uur in een ziekenhuis, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg noodzakelijk is.

1.43 Zorgverlener

De zorgverlener of zorgverlenende instelling, met wie/ waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

1.44 Zorgverzekeraar

- a voor de uitvoering van de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: OWM Zilveren Kruis Ziekenfonds U.A.
- b voor de aanvullende verzekeringen: Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Artikel 2 Algemeen

- 2.1 De wederzijdse rechten en verplichtingen van zorgverzekeraar en verzekerden worden bepaald door dit verzekeringsreglement. Een uitzondering geldt wanneer in de Ziekenfondswet, AWBZ of de statuten van de zorgverzekeraar andere bepalingen zijn of worden opgenomen.
- 2.2 Alle begrippen zoals omschreven in artikel 1 hebben in de Ziekenfondswet, de AWBZ en de aanvullende verzekering(en) dezelfde betekenis.

Artikel 3 Aanmelding en inschrijving

- 3.1 De verzekerde meldt zich voor de ziekenfondsverzekering aan bij de zorgverzekeraar, door een volledig ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier in te leveren.
- 3.2 Bij aanmelding gaat de zorgverzekeraar na of is voldaan aan de voorwaarden volgens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ. Indien hieraan wordt voldaan, volgt inschrijving en bestaat daarna aanspraak op verstrekkingen volgens deze wetten.
- 3.3 Iedereen, die ingeschreven staat in de ziekenfondsverzekering, kan op eigen verzoek worden ingeschreven in de aanvullende verzekering(en). De verzekerde meldt zich aan voor de aanvullende verzekering(en) door het inleveren van een volledig ingevuld en ondertekend aanmeldingsformulier. Voorwaarde is dat dit verzoek ook geldt voor eventuele medeverzekerden. De verplichting om alle gezinsleden aan te melden is niet van toepassing voor de aanvullende tweede klassenverzekering en de aanvullende tandheelkundige verzekeringen.
- 3.4 De zorgverzekeraar kan een inschrijving in de aanvullende verzekering(en) weigeren indien:
 - a de verzekerde nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder werd afgesloten met de zorgverzekeraar;
 - b de verzekerde zich schuldig heeft gemaakt aan het indienen van onjuiste of onterechte kostendeclaratie(s);
 - c de gezondheidstoestand van de verzekerde hiertoe aanleiding geeft.

Artikel 4 Verzekeringsbewijs

- 4.1 De ingeschreven verzekerde ontvangt van de zorgverzekeraar een verzekeringsbewijs. Zodra de verzekerde niet (meer) voldoet aan de voorwaarden die gelden voor inschrijving, vervalt de geldigheid van het verzekeringsbewijs.
- 4.2 De zorgverzekeraar verstuurt elk (nieuw) verzekeringsbewijs naar het hem laatst bekende adres van de verzekerde.
- 4.3 Bij het inroepen van hulp moet de verzekerde het verzekeringsbewijs tonen aan de zorgverlener en/of zorgverlenende instantie.

Artikel 5 Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving

- 5.1 Inschrijving in de ziekenfondsverzekering geschiedt volgens de bepalingen van de Ziekenfondswet. Aanvullende verzekeringen die gelijktijdig met de ziekenfondsverzekering zijn aangevraagd, gaan in op het moment dat de ziekenfondsverzekering ingaat. Aanvullende verzekeringen die later worden aangevraagd, gaan - met inachtneming van een medische selectie- in op de eerste van de maand volgend op die van aanmelding. De inschrijving kent een termijn van één kalenderjaar.
- 5.2 Als inschrijving na 1 januari plaatsvindt, loopt de inschrijvingstermijn door tot en met 31 december van het daarop volgende jaar.
- 5.3 De inschrijving voor de verzekering wordt na verloop van de eerste termijn (zie artikel 5.1 en 5.2) telkens met één kalenderjaar verlengd. Wil de verzekerde een inschrijving beëindigen, dan moet hij dit schriftelijk melden, uiterlijk één maand voor de dag waarop de termijn is verstreken.
- 5.4 Naast de bepalingen in artikel 5.3 en de bepalingen in de Ziekenfondswet en/of de AWBZ en/of dit reglement, geldt dat de zorgverzekeraar de inschrijving beëindigt:
 - a met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer aan de vereisten voor inschrijving in de verzekering voldoet;
 - b met onmiddellijke ingang, indien de verzekerde niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de verzekering.
- 5.5 De zorgverzekeraar beëindigt de inschrijving van een medeverzekerde:
 - a tegelijk met de beëindiging van de inschrijving van de verzekerde aan wiens verzekering het recht op medeverzekering gebonden is;
 - b met ingang van de dag waarop de medeverzekerde niet meer voldoet aan de vereisten voor inschrijving als medeverzekerde;
 - c met onmiddellijke ingang, indien de medeverzekerde niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de verzekering.
- 5.6 Als de inschrijving wordt beëindigd, deelt de zorgverzekeraar dat schriftelijk mede.
- 5.7 Als de nominale premie wijzigt, heeft de verzekerde het recht de inschrijving te beëindigen. Verzekerde moet dit binnen 60 dagen -nadat de zorgverzekeraar de wijziging bekend heeft gemaakt- schriftelijk melden. De inschrijving eindigt op de eerste dag van de maand, volgend op de maand waarin de schriftelijke opzegging ontvangen is.
- 5.8 Als de zorgverzekeraar de premie voor de aanvullende verzekering verhoogt, heeft de verzekerde het recht de aanvullende verzekering te beëindigen. Verzekerde moet dit binnen een maand -nadat de zorgverzekeraar de wijziging bekend heeft gemaakt- schriftelijk melden. De aanvullende verzekering eindigt dan op de eerste dag van de maand, volgend op de maand waarin de schriftelijke opzegging ontvangen is.
- 5.9 De zorgverzekeraar zal de aanvullende verzekering(en) van de verzekerde en zijn eventue(e)le medeverzekerde(n) beëindigen indien de verzekerde of medeverzekerde zich schuldig heeft gemaakt aan het indienen van onjuiste of onterechte kostendeclaratie(s).

Artikel 6 Verplichtingen van de verzekerde

- De verzekerde, en ook de gewezen verzekerde, is verplicht:
- a binnen 14 dagen, desgevraagd schriftelijk, alle inlichtingen te verstrekken die de zorgverzekeraar nodig heeft voor een goede uitvoering van de verzekering;
 - b de verklaringen die voor de ziekenfondsverzekering of volgens dit reglement nodig zijn en/of verstrekt worden, binnen 14 dagen aan de zorgverzekeraar toe te zenden;
 - c de zorgverzekeraar schriftelijk binnen 14 dagen op de hoogte te brengen van feiten of omstandigheden die hemzelf of (een) medeverzekerde(n) betreffen en die kunnen leiden tot beëindiging of wijziging van de inschrijving.

Artikel 7 Schadevergoeding

- 7.1 De zorgverzekeraar kan een vergoeding vragen aan de verzekerde voor schade die het gevolg is van onrechtmatige inschrijving. Deze bepaling geldt naast de bepaling in artikel 7.2 en het recht van de zorgverzekeraar de inschrijving te beëindigen. De hoogte van het schadebedrag dat de verzekerde aan de zorgverzekeraar voor de ziekenfondsverzekering moet betalen, wordt bepaald door het College voor Zorgverzekeringen. De hoogte van dit bedrag is gebaseerd op de landelijke gemiddelde kosten per ziekenfondsverzekerde, jonger dan 65 jaar.
- 7.2 Wie opzettelijk aanspraken doet als verzekerde zonder daartoe gerechtigd te zijn, is aansprakelijk voor een bedrag ter grootte van de uitgekeerde medische kosten. De zorgverzekeraar brengt dit bedrag in rekening als de uitgekeerde kosten hoger zijn dan het bedrag dat is berekend volgens artikel 7.1.
- 7.3 De verzekerde moet de bedragen zoals die in artikel 7.1 en 7.2 omschreven staan betalen binnen de termijn die door de zorgverzekeraar is bepaald. Doet hij dit niet, dan brengt de zorgverzekeraar kosten in rekening aan de (gewezen) verzekerde die schadeplichtig is. Het betreft de kosten voor invordering van deze bedragen, inclusief de gerechtelijke en buitengerechtelijke inningskosten.

Artikel 8 Premievaststelling en premieheffing

- 8.1 De hoogte van de nominale premie wordt vastgesteld door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heft een nominale premie voor de verzekerde van 18 jaar en ouder zelf en zijn medeverzekerde echtgenoot of partner.
- 8.2 De Ziekenfondswet bepaalt welke verzekerden van 65 jaar of ouder een procentuele premie aan de zorgverzekeraar betalen. In artikel 18 van deze wet is de hoogte daarvan vastgelegd. Het inkomen waarover premie geheven wordt, is eveneens in deze wet vastgelegd.
- 8.3 De zorgverzekeraar heft de premie voor de verschillende vormen van de aanvullende verzekering. De hoogte van deze premie wordt door de zorgverzekeraar vastgesteld.
- 8.4 De verzekerde betaalt de premie per maand. De premie moet vooruit betaald worden, uiterlijk op de laatste dag van de maand die voorafgaat aan de maand waarover de premie is verschuldigd. De zorgverzekeraar int de premie voor de verzekerde en zijn medeverzekerden.
- 8.5 De zorgverzekeraar brengt de verzekerde schriftelijk op de hoogte van premiewijzigingen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.

Artikel 9 Peildata nominale premie

- 9.1 De zorgverzekeraar gaat voor het vaststellen van de premie uit van peildata. De zorgverzekeraar kan hier in bijzondere gevallen van afwijken.
- 9.2 De peildatum is de eerste dag van een kalendermaand. Wanneer de verzekerde zich meer dan 60 dagen na het ontstaan van het recht op verzekering bij de zorgverzekeraar aanmeldt, is de peildatum de eerste dag van de maand te rekenen vanaf 60 dagen voor de datum van inschrijving.

- 9.3** De premie wordt berekend vanaf de eerste peildatum tot en met de laatste dag van de kalendermaand waarin de laatste peildatum is gelegen.
- 9.4** Over iedere kalendermaand wordt premie berekend volgens artikel 9.3. Die premie wordt berekend voor de verzekerde en zijn eventuele medeverzekerden die op de eerste dag van de kalendermaand is/zijn ingeschreven.
- 9.5** Artikel 9.1 is niet van toepassing wanneer sprake is van een vergoeding van geneeskundige verzorging in de vorm van restitutie premie particuliere verzekering.

Artikel 10 Verschuldigheid nominale premie

De verzekerde is maandelijks slechts één keer nominale premie verschuldigd. Deze regel is van toepassing wanneer de verzekerde op grond van meer bepalingen uit de Ziekenfondswet toegang heeft tot de ziekenfondsverzekering.

Artikel 11 Verhoging nominale premie

- 11.1** Als de verzekerde zich later dan 60 dagen na het ontstaan van het recht op verzekering aanmeldt, wordt de nominale premie over de periode langer dan 60 dagen verhoogd. Die verhoging is maximaal het bedrag van de op het tijdstip van aanmelding geldende nominale premie op jaarbasis. Als de vertraagde aanmelding ook (of alleen) geldt voor zijn medeverzekerde, wordt de nominale premie op dezelfde wijze berekend.
- 11.2** Treft de verzekerde geen verwijt voor het overschrijden van de 60-dagen termijn bij inschrijving, dan wordt de nominale premie berekend vanaf het moment dat recht op verzekering bestaat.

Artikel 12 Betaling premie

- 12.1** De verzekerde betaalt de premie per (bank)giro. Hij kan de zorgverzekeraar een machtiging tot automatische incasso geven.
- 12.2** Als automatische incasso door schuld van de verzekerde niet mogelijk blijkt, heeft de verzekerde alsnog de plicht om zelf tijdig de premie te betalen.
- 12.3** Als de verzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de eerste maand die volgt op de maand waarin de verzekering is geëindigd.

Artikel 13 Nalatigheid bij betaling premie

- 13.1** Bij de premiebetaling moet de verzekerde aan de gestelde regels voldoen. Deze verplichting geldt ook indien de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. De verzekeraar verrekent achterstallige premie die verzekerde nog aan ons moet betalen met schadekosten die verzekerde ons heeft gedeclareerd en die de verzekeraar aan verzekerde moet betalen. Wanneer het niet mogelijk is de achterstallige premie te verrekenen met schadekosten, dan kan de zorgverzekeraar administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan de verzekerde in rekening brengen.
- 13.2** De verzekeraar kan de in artikel 13.1 genoemde kosten pas in rekening brengen als de verzekerde niet op tijd betaalt na een schriftelijke aanmaning waarin een betalingstermijn is vermeld.
- 13.3** In aanvulling op artikel 13.1 en 13.2 geldt dat aanspraken volgens de aanvullende verzekering vervallen, als de premie niet is betaald binnen een maand na een betalingsverzoek van de zorgverzekeraar. De aanspraken vervallen automatisch met ingang van de eerste dag van de maand van achterstand. De betalingsplicht blijft bestaan. Bij premieachterstand beëindigen wij de aanvullende verzekeringen. Wanneer de volledige premieachterstand is voldaan, dan kunnen de aanvullende verzekeringen opnieuw worden aangevraagd. Aan het afsluiten hiervan gaat een medische acceptatie vooraf. Als de aanvraag akkoord is dan wordt de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op de maand van de aanvraag afgesloten. De aanvullende verzekering kan niet met terugwerkende kracht worden afgesloten.

Artikel 14 Zorgaanspraken

- 14.1** De verzekerde heeft aanspraak op verstrekkingen uit de Ziekenfondswet en de AWBZ. De aard, inhoud en omvang van deze verstrekking en de voorwaarden waaronder zij verstrekt worden, staan benoemd in deze wetten. De verzekerde heeft recht op vergoeding van de verzekerde kosten vanuit de aanvullende verzekering(en), voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.
- 14.2** De aanvullende verzekering(en) omvat(ten) een pakket van verstrekkingen en vergoedingsregelingen die beschreven zijn in de vergoedingsregeling van de aanvullende verzekering(en).
- 14.3** De verzekerde kan bij de zorgverzekeraar uitsluitend aanspraak maken op genoten verstrekkingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt.
- 14.4** Bij kosten die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit atoomkernreacties (tenzij de radio-actieve stoffen zijn gebruikt voor medische verzorging), gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer of muiterij, bestaat geen recht op uitkering en/of verstrekking.
- 14.5** De kosten als gevolg van terrorisme vergoeden wij slechts vanuit de aanvullende verzekering tot de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Deze clause en het bijbehorend Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.
- 14.6** Wij vergoeden geen kosten van celtherapie, chelatietherapie, keuringen en het afgeven van doktersverklaringen.
- 14.7** Indien de verzekerde - zo de in dit reglement bedoelde verzekering niet bestond - aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van schade of kosten op grond van enige andere wet, voorziening, subsidiëring, publiekrechtelijke regeling of verzekering, al dan niet van oudere datum, is deze verzekering pas in de laatste plaats geldig. In zo'n geval zal alleen die schade voor vergoeding in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop de verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.
- 14.8** De zorgverzekeraar stelt elk jaar vast hoe de aanvullende verzekering(en) eruit zien voor wat betreft de inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van verstrekkingen. Wijzigingen worden door de zorgverzekeraar schriftelijk bekend gemaakt aan de verzekerde.
- 14.9** Wanneer u meerdere verzekeringen bij ons heeft afgesloten, komen de door u ingediende nota's achtereenvolgens ten laste van:
- de ziekenfondsverzekering; en het eventuele restbedrag ten laste van:
 - de tandheeskundige verzekering (Basis ZilverTandartsPolis, ZilverTandartsPolis, Uitgebreide ZilverTandartsPolis; en het eventuele restbedrag ten laste van: de aanvullende verzekering (VoordeelZilverPakket, ZilverPakket).

Artikel 15 Geldend maken van zorgaanspraken

- 15.1** Als de verzekerde zorg nodig heeft die deel uitmaakt van de ziekenfondsverzekering heeft hij de keuze uit elke persoon of instelling in Nederland, die een overeenkomst heeft gesloten met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verstrekt informatie over de personen en instellingen met wie/waarmee zo'n overeenkomst bestaat.
- 15.2** Als de verzekerde zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft, moet hij vooraf toestemming vragen aan de zorgverzekeraar.
- 15.3** De verzekerde moet bij elk bezoek aan een zorgverlener of zorginstelling als bedoeld in artikel 15.1 en 15.2 een geldig verzekeringsbewijs laten zien.

Artikel 16 Zorgaanspraken in het buitenland

- 16.1** De verzekerde kan zich voor hulp en zorg volgens de ziekenfondsverzekering wenden tot een persoon of inrichting in het buitenland indien zulks voor zijn geneeskundige verzorging noodzakelijk is. De zorgverzekeraar moet hiervoor vooraf toestemming hebben verleend.
- 16.2** Als de verzekerde zich voor spoedeisende hulp tot een persoon of inrichting in het buitenland wendt, gelden de voorwaarden die in de Ziekenfondswet zijn bepaald.
- 16.3** De zorgverzekeraar vergoedt de door verzekerde gedeclareerde nota's van buitenlandse zorgverleners aan verzekerde in een Nederlands wettig betaalmiddel overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop de nota is uitgeschreven.

Artikel 17 Aansprakelijkheid zorgverzekeraar

Als een zorgverlener iets doet of nalaat waardoor de verzekerde schade lijdt, is de zorgverzekeraar daarvoor niet aansprakelijk, ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener deel uitmaakt van het verzekerde verstrekkingenpakket.

Artikel 18 Aansprakelijkheid van derden

- 18.1** Als een derde aansprakelijk is voor kosten die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of letsel van de verzekerde, moet de verzekerde de zorgverzekeraar kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om verhaal te halen bij de veroorzaker. Dit geldt naast de bepalingen in artikel 83a, 83b en 83c van de Ziekenfondswet en/of artikel 284 van het Wetboek van Koophandel. Deze bepaling geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen de verzekerde en een andere (rechts)persoon.
- 18.2** Als de verzekerde wordt getroffen door ziekte, ongeval of letsel waar een derde bij betrokken is, dan moet hiervan zo spoedig mogelijk melding worden gemaakt bij de zorgverzekeraar en aangifte worden gedaan bij de politie.
- 18.3** De verzekerde mag in eerste instantie geen enkele regeling treffen met een derde of iemand die namens die derde optreedt. De verzekerde moet allereerst contact opnemen met zijn eigen zorgverzekeraar.
- 18.4** De verzekerde mag geen enkele regeling treffen die de zorgverzekeraar in zijn rechten benadeelt. De verzekerde mag pas een regeling treffen met een derde, of degene die namens die derde optreedt, als hij daarvoor de schriftelijke toestemming van zijn zorgverzekeraar heeft.

Artikel 19 Verval vorderingsrecht

- 19.1** Als de verzekerde recht heeft op een vergoeding uit een van de verzekeringen waarvoor dit reglement geldt, moet hij dit kenbaar maken aan de zorgverzekeraar voor 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin het recht op vergoeding is ontstaan. Deze eis is niet van toepassing als een andere bepaling uit de verzekering dit aanduidt of als de zorgverzekeraar zelf bepaalt dat de verzekerde de vordering niet tijdig kon indienen.
- 19.2** Bij aangetoonde fraude vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven. De reeds uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten kunnen worden teruggevorderd.

Artikel 20 Wijziging reglement

- 20.1** Dit verzekeringsreglement is van toepassing op de ziekenfondsverzekering, de AWBZ en de aanvullende verzekeringen.
- 20.2** Dit verzekeringsreglement kan door de zorgverzekeraar te allen tijde worden gewijzigd. Wijzigingen worden door de zorgverzekeraar schriftelijk aan de verzekerde medegedeeld.

Artikel 21 Informatie over klacht en beroep

De zorgverzekeraar verschaft de verzekerde bij iedere beschikking informatie over de beroepsmogelijkheden. Op verzoek verstrekt de zorgverzekeraar tevens informatie over de klachtenprocedure.

Artikel 22 Persoonsgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vragen wij om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruiken wij binnen de Achmea Groep voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie. Ook kunnen wij deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten.

Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij Zilveren Kruis Achmea, Postbus 1311, 3000 BH Rotterdam.

Op dit verzekeringsreglement is het Nederlands recht van toepassing.

Vergoedingen

Artikel 1 Ziekenhuisverpleging en dagverpleging in een ziekenhuis

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden:

- de verpleegkosten, op basis van de derde klasse;
- de kosten van dagverpleging;
- het honorarium voor medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet voor een ziekenhuisopname wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgische zorg tenminste drie weken van tevoren goedkeuring aanvragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.
- U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze geneeskundig adviseur bekend te maken.

Tweede klassenverzekering

Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname in de verzekerde klasse. Wij vergoeden uitsluitend de kosten die een ziekenhuis conform de rechtsgeldige CTG-tarieven declareert.

U kunt kiezen voor een tweede klassenverzekering 2A of 2B. Bent u klasse 2B verzekerd en wordt u opgenomen in een ziekenhuis met één tweede klasse, dan vergoeden wij de kosten volgens de tarieven van die tweede klasse.

Indien de tweede klassenverzekering is afgesloten en u wordt opgenomen in de derde klasse, dan vergoeden wij voor verzekerden van 18 jaar en ouder € 70,- per dag dat u bent opgenomen in die klasse, tot maximaal € 4.600,- per kalenderjaar. Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Indien u wordt opgenomen in een buitenlandse zorginstelling en u ondergaat daar een door ons gecontracteerde medische behandeling, vergoeden wij maximaal € 20,- van het kamersupplement voor een 1 of 2 persoonskamer. De honorariumtoeslag komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Artikel 2 Gasthuis / bezoekenregeling

VoordeelSilverPakket, SilverPakket

Wanneer u wordt opgenomen in een ziekenhuis dat verder dan 50 kilometer van uw huis ligt, vergoeden wij:

- de kosten van een overnachting in een gasthuis nabij een ziekenhuis, indien u een poliklinische behandelcyclus ondergaat;
- de overnachtingskosten van uw gezinsleden in een in de nabijheid van het ziekenhuis gelegen gasthuis;
- de kosten van vervoer (2e klas) van uw (mee)verzekerde gezinsleden per openbaar vervoer of per eigen auto van en naar het ziekenhuis. Bij vervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,10 per kilometer. Wij vergoeden de kosten van maximaal één bezoek per dag. Voor verblijf- en reiskosten geldt een eigen bijdrage van € 90,- per persoon per aandoening.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons overleggen.

Artikel 3 Nederlands Astma Centrum te Davos (Zwitserland)

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van behandeling in het Nederlands Astma Centrum te Davos, wanneer behandeling in Nederland zonder succes heeft plaatsgehad en wij de behandeling in Davos doelmatig achten.

Artikel 4 Revalidatiedeeltijd- of dagbehandeling in een ziekenhuis of revalidatiecentrum

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet vooraf schriftelijk toestemming aan ons vragen. Als bewijs van onze goedkeuring geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan.

Artikel 5 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist of kaakchirurg;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten van de medisch specialist alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

Artikel 6 Medisch specialistische zorg (extramuraal)

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van behandeling van een extramuraal werkend medisch specialist. Dit is een medisch specialist die niet werkzaam is in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Wij vergoeden het honorarium van de medisch specialist.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

Artikel 7 Zelfstandig behandelcentrum

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van behandeling in een door ons gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum. Wij vergoeden:

- het honorarium van de medisch specialist;
- de bijkomende kosten.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen wanneer u bent doorverwezen door een huisarts of andere medisch specialist.

Artikel 8 Organtransplantaties

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden:

- de kosten van transplantatie van organen en weefsels;
- de kosten van weefselyperingen in verband met deze transplantaties gedeclareerd door de Nederlandse Transplantatie Stichting;

- de kosten van verpleging en behandeling van de donor op basis van de klasse waarvoor hij/zij is verzekerd;
- de kosten van medische behandeling van de donor gedurende ten hoogste drie maanden na de datum van ontslag uit het ziekenhuis, waarin de donor ter selectie of verwijdering van transplantatie-materiaal werd opgenomen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- Wij vergoeden de kosten van de donor mits de behandeling een rechtstreeks en uitsluitend gevolg is van de transplantatie.

Artikel 9 Nierdialyse

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van nierdialyse in een ziekenhuis, nierdialysecentrum of bij u thuis. Daarnaast kunnen wij bij thuisdialyse vergoeden:

- de kosten van voor de dialyse noodzakelijke bouwkundige voorzieningen aan uw woning;
- de kosten van inrichting van een ruimte in uw woning tot dialyse-vertrek;
- de kosten van bijkomende stroomvoorziening.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor thuisdialyse moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. U moet een begroting van de kosten overleggen.
- Wij vergoeden de bouwkundige kosten tenzij u krachtens een andere wettelijke regeling een vergoeding kunt krijgen.

Artikel 10 In vitro fertilisatie

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van in vitro fertilisatiebehandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Vanuit de ziekenfondsverzekering wordt alleen de 2e en 3e behandeling vergoed voor de gehele duur van de verzekering.

VoordeelZilverPakket, ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van in vitro fertilisatiebehandeling in een vergunninghoudend ziekenhuis. Vanuit het VoordeelZilverPakket en het ZilverPakket wordt de 1e behandeling vergoed voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 11 Leukemieonderzoek bij kinderen

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van centrale diagnostiek, coördinatie en registratie van ingezonden bloed- en beenmergpreparaten gedeclareerd door Skion (Stichting Kinderoncologie Nederland).

Artikel 12 Audiologisch centrum

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van zorg in een audiologisch centrum.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Artikel 13 Erfelijkheidsonderzoek

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van erfelijkheidsonderzoek in een klinisch genetisch centrum.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet zijn doorverwezen door de behandelend arts.
- De ernst van de (verwachte) aandoening of afwijking alsmede het ontbreken van andere mogelijkheden om tot een diagnose te komen moeten dit onderzoek noodzakelijk maken.

Artikel 14 Behandeling van psoriasis

VoordeelZilverPakket, ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van behandeling van psoriasis in een door ons gecontracteerde psoriasisdagbehandelingscentrum.

Wij vergoeden maximaal:

- € 900,- per persoon per kalenderjaar als u het VoordeelZilverPakket heeft;
- € 1.250,- per persoon per kalenderjaar als u het ZilverPakket heeft.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet vooraf een indicatie van de huisarts aan ons overleggen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 15 Huisarts

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden:

- de kosten van zorg verleend door een huisarts;
- de kosten van röntgen- en laboratoriumonderzoek op aanvraag van de huisarts.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de laboratoriumkosten alleen wanneer deze zijn gedeclareerd door een ziekenhuis of laboratorium in Nederland.

Artikel 16 Farmaceutische zorg

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van:

- geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, er bestaat een limitatieve lijst en voor vergoeding van sommige geneesmiddelen moeten wij u goedkeuring geven;
- dieetpreparaten, indien er sprake is van ernstige slik-, passage-, resorptie- of stofwisselingsstoornis, een ernstige voedselallergie, ernstig chronisch obstructief longlijden, ernstige cystische fibrose of ernstig congenitaal hartfalen bij kinderen waardoor sprake is van een dreigende groeiachterstand;
- verbandmiddelen, indien er sprake is van een ernstige aandoening en langdurige medische behandeling met deze middelen noodzakelijk is.

Op de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen is het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing. Dit betekent dat voor de meeste geneesmiddelen een vergoedingslimiet is vastgesteld. Indien de prijs van het geneesmiddel hoger is dan de vergoedingslimiet, vergoeden wij slechts tot de vergoedingslimiet.

Voorwaarden voor vergoeding

- De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, kaakchirurg of verloskundige en moet geleverd worden door een in Nederland gevestigde gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts.
- De kosten van apotheekbereidingen vergoeden wij alleen wanneer er sprake is van rationele geneesmiddelentherapie.
- De kosten van dieetpreparaten vergoeden wij alleen wanneer wij vooraf onze goedkeuring hebben verleend.

ZilverPakket

Wij vergoeden de eigen bijdrage (bovenlimietprijs) die u moet betalen voor farmaceutische zorg op grond van de ziekenfondsverzekering. Vergoeding vindt plaats tot maximaal € 95,- per persoon per kalenderjaar.

ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van enkele geneesmiddelen die niet worden vergoed op grond van de regeling Farmaceutische Zorg zoals die in de Ziekenfondswet is vastgesteld.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.
- De vergoeding wordt verleend voor een beperkt aantal geneesmiddelen bij een aantal indicaties.

VoordeelZilverPakket, ZilverPakket

Wij vergoeden voor vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder de kosten van de anticonceptiva.

Voorwaarden voor vergoeding

- De anticonceptiva moeten zijn voorgeschreven door een huisarts of medisch specialist en moeten geleverd worden door een in Nederland gevestigde gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts en dient alleen voor eigen gebruik.
- Voor de anticonceptiepill is alleen bij de eerste aflevering een recept van de huisarts of medisch specialist noodzakelijk.

Artikel 17 Fysiotherapie en oefentherapie

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar:

- de kosten van behandeling door een fysiotherapeut, tot een maximum van 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar;
- de kosten van behandeling door een kinderfysiotherapeut, tot een maximum van 18 behandelingen per indicatie per kalenderjaar;
- de kosten van behandeling door een oefentherapeut, tot een maximum van 9 behandelingen per indicatie per kalenderjaar;
- de kosten van nogmaals 9 behandelingen door een oefentherapeut, als aanvulling op de eerste 9 behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut;
- de kosten van het noodzakelijk aantal behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut bij bepaalde chronische aandoeningen, er bestaat een limitatieve lijst waarop deze aandoeningen worden genoemd.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden voor verzekerden vanaf 18 jaar de kosten van het noodzakelijk aantal behandelingen door een fysiotherapeut of oefentherapeut bij bepaalde chronische aandoeningen, er bestaat een limitatieve lijst waarop deze aandoeningen worden genoemd. Wij vergoeden de kosten vanaf de tiende behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts.

VoordeelZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van maximaal 9 behandelingen door een door ons gecontracteerde fysiotherapeut c.q. gecontracteerde oefentherapeut per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts.

ZilverPakket

Wij vergoeden:

- de kosten van behandeling door een door ons gecontracteerde fysiotherapeut bij niet-chronische aandoeningen;
- de kosten van behandeling door een door ons gecontracteerde oefentherapeut bij niet-chronische aandoeningen;
- de kosten van de eerste 9 behandelingen bij chronische aandoeningen.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts.

ZilverPakket

Wij vergoeden voor verzekerden met reuma de kosten van oefentherapie in extra verwarmd water. Wij vergoeden maximaal € 4,- per keer en maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De oefentherapie moet in groepsverband en onder leiding van een gediplomeerd fysiotherapeut of oefentherapeut plaatsvinden.

Artikel 18 Ergotherapie

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van advisering, instructie, training of behandeling door een door ons gecontracteerde ergotherapeut. Wij vergoeden maximaal 10 uur per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts.

Artikel 19 Logopedie

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een logopedist.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts, tandarts of medisch specialist.

Uitsluiting

Onder logopedie wordt niet verstaan de behandeling van dyslexie (tenzij er sprake is van logopedische problemen van medische aard), en van taalontwikkelingsstoornissen als er sprake is van anderstaligheid.

Artikel 20 Stottertherapie

VoordeelZilverPakket, ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van stottertherapie:

- volgens de methode van het Del Ferro Instituut te Amsterdam;
- volgens de Hausdorfermethode van het Instituut Natuurlijk Spreken te Deurningen;
- volgens de BOMA-methode in het instituut 'De Pauw' te Harlingen;
- in de hierna genoemde stottercentra:
 - Stottercentrum Bloemendaal;
 - Stottercentrum Gouda;
 - Stottercentrum 's Hertogenbosch;
 - Stottercentrum Rijnland te Leiden en Oegstgeest;
 - Stottercentrum Zutphen;
 - Stottercentrum Zwolle.

Wij vergoeden maximaal:

- € 230,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u het VoordeelZilverPakket heeft;
- € 460,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u het ZilverPakket heeft.

Artikel 21 Alternatieve geneeswijzen en therapieën

VoordeelZilverPakket, ZilverPakket,

Wij vergoeden de kosten van:

- consulten van alternatieve genezers;
- consulten van alternatieve therapeuten.

Wij vergoeden:

- maximaal € 30,- per dag tot maximaal € 125,- per persoon per kalenderjaar als u het VoordeelZilverPakket heeft;
- maximaal € 30,- per dag tot maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar als u het ZilverPakket heeft.

Voorwaarden voor vergoeding

- De alternatieve genezer of therapeut moet lid zijn van een Nederlandse beroepsvereniging van alternatieve behandelaars of voldoen aan de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsvereniging.
- Indien de alternatief genezer tevens de huisarts is worden de kosten niet vergoed.

Artikel 22 Alternatieve geneesmiddelen

VoordeelZilverPakket, ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.

Wij vergoeden:

- maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar als u het VoordeelZilverPakket heeft;
- maximaal € 200,- per persoon per kalenderjaar als u het ZilverPakket heeft.

Voorwaarden voor vergoeding

- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een arts.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten wettelijk geregistreerd staan in de Homeopathie vergoedingenlijst (Z.index) als homeopatisch of antroposofisch geneesmiddel.
- De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een door ons gecontracteerde apotheek of apotheekhoudende huisarts.

Artikel 23 Hulpmiddelen

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van:

- aanschaf van hulpmiddelen; hiervoor geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage;
 - hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven;
 - het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;
 - reservehulpmiddelen;
- overeenkomstig het Achmea reglement Hulpmiddelen.
Het Achmea reglement Hulpmiddelen maakt deel uit van deze polis en kunt u bij ons opvragen.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een door ons gecontracteerde leverancier. In de bijlage van het Achmea reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.
- Voor alle hulpmiddelen dient u zich te wenden tot een door ons gecontracteerd leverancier. Informatie over het hulpmiddel en een overzicht van de door ons gecontracteerde leveranciers in uw omgeving kunt u bij ons opvragen.
- Voor een aantal hulpmiddelen geldt een maximering of een gebruiksnorm.

ZilverPakket

Voor de hierna genoemde hulpmiddelen, die vergoed worden volgens het Achmea reglement Hulpmiddelen, geldt een afwijkende vergoeding.

- bij aanschaf van een pruik wordt de vergoeding aangevuld tot maximaal € 345,-;
- de eigen bijdrage die u verschuldigd bent bij de aanschaf van een hoortoestel voorzien van een afstandsbediening vergoeden wij, op medische indicatie en na onze voorafgaande toestemming, tot maximaal € 185,- per apparaat;
- de eigen bijdrage die personen vanaf 16 jaar verschuldigd zijn bij de aanschaf van orthopedische of allergeenvrije schoenen vergoeden wij tot maximaal € 15,- per schoen.

ZilverPakket

Wij vergoeden plakstrips voor de bevestiging van uitwendig te dragen mammaprothesen na borstamputatie.

Artikel 24 Plaswekker

ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van een plaswekker.

Wij vergoeden maximaal € 100,- voor de gehele duur van de verzekering.

Artikel 25 Brilmonturen, brillenglazen en contactlenzen

ZilverPakket

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 16 jaar de kosten van een brilmontuur. Wij vergoeden maximaal € 25,- per persoon per 2 kalenderjaren.

Wij vergoeden voor verzekerden van 65 jaar en ouder de kosten van een brilmontuur. Wij vergoeden maximaal € 25,- per persoon per 3 kalenderjaren.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten van aanschaf van een zonnebril.

ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van brillenglazen en contactlenzen bij 4,25 dioptrieën of meer. Wij vergoeden maximaal € 70,- per persoon per 3 kalenderjaren.

Artikel 26 Verloskundige zorg en bevalling

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden:

- de kosten van verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts;
- de kosten van het gebruik van de verloskamer, indien de bevalling op medische indicatie plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch) of kraaminrichting;
- een gedeelte van de kosten van het gebruik van de verloskamer, indien er geen medische indicatie voor bevalling in een ziekenhuis of kraaminrichting bestaat.

Artikel 27 Poliklinische bevalling zonder medisch indicatie

VoordeelZilverPakket, ZilverPakket

Wij vergoeden bij een poliklinische bevalling zonder medische indicatie 50% van de op basis van de ziekenfondswet in rekening gebrachte eigen bijdrage.

Voorwaarde voor vergoeding

De huisarts of verloskundige moet zelf de bevalling leiden.

Artikel 28 Kraamzorg

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van kraamzorg:

- thuis, er geldt een eigen bijdrage per uur;
 - in het ziekenhuis, er geldt een eigen bijdrage als u zonder medische indicatie in het ziekenhuis verblijft.
- U krijgt maximaal de eerste 10 dagen na de bevalling kraamzorg.

Artikel 29 Uitgestelde kraamzorg en kraamzorg bij adoptie

ZilverPakket

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden maximaal 15 uur zogenoemde uitgestelde kraamzorg of kraamzorg bij adoptie, er geldt een eigen bijdrage per uur.

Voorwaarde voor vergoeding

De kraamzorg moet aanvangen na 10 dagen na de bevalling (uitgestelde kraamzorg) of bij opname in het gezin van een adoptiekind dat jonger dan 1 jaar is (kraamzorg bij adoptie).

Artikel 30 Ziekenvervoer

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer

- per ambulance;
- door ons gecontracteerd taxivervoer bij nierdialysepatiënten, radiotherapie- en chemokuurpatiënten, visueel gehandicapten en rolstoelgebruikers.

Er geldt een eigen bijdrage van € 80,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw ziekenfondsverzekering vergoeden.
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.
- De Vervoerslijn indiceert of en via welke vorm van vervoer de kosten vergoed kunnen worden. Informatie over ziekenvervoer vindt u in onze brochure die wij u op aanvraag toesturen.

VoordeelZilverPakket, ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van ziekenvervoer indien en voor zover het gebruik maken van openbaar vervoer op medische gronden niet mogelijk is.

Wij vergoeden de kosten van door ons gecontracteerd taxivervoer of eigen vervoer per auto zowel naar als van:

- een ziekenhuis of kraaminrichting voor opname;
- de plaats waar de behandelend medisch specialist praktijk uitoefent;
- een orthopedisch instrumentmaker voor het aanpassen van een prothese;
- een inrichting waarin de verzekerde ten laste van de AWBZ wordt opgenomen en/of behandeld.

De kosten van vervoer per door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus) vergoeden wij volledig.

De vergoeding voor het eigen vervoer per auto bedraagt € 0,19 per kilometer.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het vervoer moet verband houden met zorg die wij vanuit uw ziekenfondsverzekering vergoeden.
- U moet zich laten behandelen in de dichtstbijzijnde plaats waar de benodigde zorg geleverd kan worden.
- De Vervoerslijn indiceert of en via welke vorm van vervoer de kosten vergoed kunnen worden. Informatie over ziekenvervoer vindt u in onze brochure die wij u op aanvraag toesturen.

Artikel 31 Buitenland

Ziekenfondsverzekering

31.1 Medische zorg bij verblijf in het buitenland i.v.m. vakantie of studie

Wij vergoeden de kosten van spoedeisende medische zorg bij verblijf in het buitenland vanwege vakantie of studie, volgens de daarvoor geldende internationale verdragen. Dit betekent dat wij slechts kosten vergoeden volgens de wettelijke bepaling van het land waar u tijdelijk verblijft. De vergoeding geldt niet wereldwijd. U kunt er alleen aanspraak op maken in de volgende landen: België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Groot-Brittannië, Ierland, IJsland, Italië, Liechtenstein, Luxemburg, Noorwegen, Oostenrijk, Portugal, Spanje, Zweden, Bosnië-Herzegovina, Joegoslavië, Kaapverdië, Kroatië, Macedonië, Marokko, Slovenië, Tunesië, Turkije, Australië.

31.2 Medische zorg bij verblijf in het buitenland i.v.m. beroeps- werkzaamheden

Wij vergoeden de kosten van spoedeisende medische zorg bij verblijf in het buitenland vanwege beroeps- werkzaamheden. Deze vergoeding is, bij verblijf in een van de landen die worden genoemd in artikel 31.1, volgens de daarvoor geldende internationale verdragen. Dit betekent dat wij in die landen slechts kosten vergoeden volgens de wettelijke bepaling van het land waar u verblijft. De vergoeding geldt tevens voor de medeverzekerden die u in het buitenland vergezellen.

31.3 Niet spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van niet spoedeisende medische zorg in een buitenlandse zorginstelling indien deze zorg door ons gecontracteerd is.

Indien u zich laat behandelen voor niet door ons gecontracteerde, niet spoedeisende medische zorg in een buitenlandse zorginstelling, vergoeden wij de kosten tot maximaal 100% van de kosten die wij zouden vergoeden als u de behandeling in Nederland zou hebben ondergaan.

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.

- De voorwaarden zoals die voor vergoeding in Nederland gelden, zoals bijvoorbeeld de noodzaak van vooraf door ons verleende toestemming, blijven van kracht.
- Wanneer u naar het buitenland vertrekt met het doel zich daar te laten behandelen, omdat een behandeling in Nederland om praktische redenen niet mogelijk is, moet u altijd vooraf toestemming aan ons vragen wanneer het een niet door ons gecontracteerde behandeling betreft.

31.4 VoordeelZilverPakket, ZilverPakket

Vervoerskosten bij niet spoedeisende zorg

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijk vervoer van en naar gecontracteerde zorg in een buitenlandse zorginstelling. De kosten van vervoer per ambulance en door ons gecontracteerd taxivervoer (taxi, taxibus of rolstoelbus) vergoeden wij in dit geval volledig. De vergoeding voor het vervoer per eigen auto bedraagt € 0,19 per kilometer.

Voorwaarde voor vergoeding

De kosten worden slechts vergoed indien u een door ons gecontracteerde medische behandeling ondergaat in een zorginstelling in België of Duitsland.

VoordeelZilverPakket, ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke spoedeisende zorg waar ook ter wereld, gedurende vakantie-, studie- of zakenverblijf. De kosten worden alleen vergoed indien het zorg betreft die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien en die niet was uit te stellen tot na terugkeer in Nederland.

Wij vergoeden de kosten bij een verblijf in het buitenland van maximaal 6 maanden.

Wij vergoeden voor verzekerden vanaf 18 jaar de kosten van spoedeisende tandheelkundige zorg tot maximaal € 345,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De kosten worden slechts vergoed indien ze ook in Nederland zouden zijn vergoed.
- U moet een ziekenhuisopname direct aan ons melden via de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.
- Wij vergoeden tandheelkundige zorg alleen als u een aanvullende tandheelkundige verzekering heeft.

Artikel 32 Repatriëring / vervoer stoffelijk overschot naar Nederland

VoordeelZilverPakket, ZilverPakket

Wij vergoeden:

- de kosten van ziekenvervoer per ambulance of per vliegtuig vanuit het buitenland naar de woonplaats in Nederland;
- de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar Nederland.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen na vooraf verleende goedkeuring via de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

Artikel 33 Reumakuurbehandeling

VoordeelZilverPakket, ZilverPakket

Wij geven maximaal één keer per kalenderjaar een tegemoetkoming in de kosten van door Interkuur te Noordwijk georganiseerde kuurreizen voor patiënten met aandoeningen aan het bewegingsapparaat, te weten de ziekte van Bechterew of reumatoïde artritis.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Goedkeuring voor deelname aan een kuurreis is afhankelijk van een beoordeling door de geneeskundig adviseur van Interkuur.

Artikel 34 Herstellingsoorden

ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van opname in een door ons gecontracteerd herstellingsoord voor somatische gezondheidszorg. Wij vergoeden maximaal € 50,- per dag gedurende maximaal 4 weken per kalenderjaar. Wij vergoeden eveneens de reiskosten bij opname en ontslag op basis van openbaar vervoer (2e klas). Bij vervoer per eigen auto vergoeden wij € 0,10 per kilometer.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 35 Therapeutisch kamp

ZilverPakket

Wij vergoeden voor kinderen een gedeelte van de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp. Wij vergoeden € 10,- per dag gedurende maximaal zes weken per kalenderjaar.

ZilverPakket

Wij vergoeden aan personen die gehandicapt zijn en die niet in een AWBZ-instelling verblijven een gedeelte van de kosten van verblijf in een therapeutisch kamp. Wij vergoeden € 10,- per dag gedurende maximaal 14 dagen per kalenderjaar.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten van verblijf in kampen, die georganiseerd of verzorgd worden door instellingen waar men een dag of een dagdeel verblijft.

Artikel 36 Psychotherapie

VoordeelZilverPakket, ZilverPakket

Wij vergoeden de eigen bijdrage die u moet betalen voor de eerste 30 behandelingen psychotherapie die u uit de AWBZ vergoed krijgt. Wij vergoeden maximaal € 315,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering.

VoordeelZilverPakket, ZilverPakket

Bij meer dan 30 behandelingen psychotherapie vergoeden wij 75% van de kosten van psychotherapie behandelingen tot:

- maximaal € 500,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u het VoordeelZilverPakket heeft;
- maximaal € 1.000,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering als u het ZilverPakket heeft.

Artikel 37 Kortdurende psychologische zorg

VoordeelZilverPakket, ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van psychologische zorg. Wij vergoeden 75% tot:

- maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar als u het VoordeelZilverPakket heeft;
- maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar als u het ZilverPakket heeft.

Voorwaarden voor vergoeding

- Het moet gaan om een kortdurende psychologische behandeling die plaatsvindt in het kader van een medische behandeling. Kosten van onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter vallen buiten de dekking.
- De behandelaar is werkzaam als gezondheidszorg psycholoog of als eerstelijns psycholoog.
- U moet een schriftelijke verwijzing hebben van de huisarts of, bij arbeidsgerelateerde klachten, van een bedrijfsarts.

Artikel 38 Podotherapie

ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een podotherapeut voor voetverzorging voor diabetici en bij dreigende voetproblemen bij verzekerden met reuma. Tot de behandeling worden naast de consulten ook gerekend de kosten van het aanmeten, vervaardigen en afleveren van podotherapeutische zolen en orthesen. Wij vergoeden maximaal € 135,- per persoon per kalenderjaar.

Artikel 39 Steunzolen

ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van een paar steunzolen naar gipsmodel, blauwdruk of schuimdoostechiek. Wij vergoeden de kosten voor verzekerden jonger dan 16 jaar éénmaal per kalenderjaar en voor verzekerden van 16 jaar en ouder éénmaal per 2 kalenderjaren. Wij vergoeden maximaal € 35,- per paar.

Voorwaarde voor vergoeding

De steunzolen moeten zijn voorgeschreven door een behandelend arts.

Artikel 40 Pedicurezorg

ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van voetverzorging voor diabetici bij dreigende voetproblemen en bij verzekerden met reuma. Wij vergoeden maximaal € 21,- per behandeling tot maximaal € 126,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

De behandeling moet worden gegeven door een pedicure die daarin gespecialiseerd is. Bij diabetici betekent dit dat de pedicure in het bezit moet zijn van het certificaat 'Voetverzorging bij Diabetici'.

Artikel 41 Cosmetische behandelingen

Ziekenvondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard indien er sprake is van verminking als gevolg van een ongeval of ziekte dan wel van een bij de geboorte aanwezige en geconstateerde ernstige afwijking.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

Artikel 42 Acnebehandeling

ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van een acnebehandeling door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut. Wij vergoeden maximaal € 185,- per persoon per 5 kalenderjaren.

Artikel 43 Camouflagetherapie

ZilverPakket

Wij vergoeden de kosten van camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut, inclusief de daarbij gebruikte middelen. Wij vergoeden maximaal € 95,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij vergoeden de kosten alleen indien u bent doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Artikel 44 Epilatiebehandeling

ZilverPakket

Wij vergoeden 75% van de kosten van epilatiebehandeling bij vrouwen door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut. Wij vergoeden maximaal € 685,- per persoon voor de gehele duur van de verzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten alleen indien de behandeling is voorgeschreven door een arts, vanwege het feit dat er sprake is van ernstig ontsierende gezichtsbeharig.
- De laserepilatiebehandeling moet worden uitgevoerd door een laserkliniek die door ons erkend is.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 45 Thuiszorg voor gehandicapten en chronisch zieken

ZilverPakket

Wij vergoeden aan personen die gehandicapt of chronisch ziek zijn de kosten van vervangende zorg, indien zij thuis mantelzorg ontvangen. Wij vergoeden maximaal € 90,- per dag gedurende maximaal 15 dagen per kalenderjaar.

Voorwaarden voor vergoeding

- De zorg moet worden geleverd door de Stichting Thuisverzorging van Gehandicapten in Houten.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 46 Orthodontie

VoordeelZilverPakket, ZilverPakket

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) uitgevoerd door een door ons gecontracteerde orthodontist of door een door ons gecontracteerde tandarts. Wij vergoeden voor maximaal 24 behandelmaanden voor de gehele duur van de verzekering:

- 50% als u het VoordeelZilverPakket heeft;
- 75% als u het ZilverPakket heeft.

Uitsluiting

In geval van verlies of schade aan bestaande orthodontische voorzieningen door eigen schuld of nalatigheid, vergoeden wij geen kosten van reparatie of vervanging.

Artikel 47 Tandheelkundige implantaten

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige implantaten, inclusief de zogenoemde suprastructuur.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag moet zijn ingediend door de behandelend kaakchirurg of een door ons gecontracteerde tandarts.
- Er moet sprake zijn van een tandenloze kaak, waarvoor op geen enkele andere wijze meer een passende prothese te maken is. Wij beoordelen of hiervan sprake is.

Artikel 48 Tandheelkundige zorg - algemeen

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden voor verzekerden jonger dan 18 jaar de kosten van behandeling door een door ons gecontracteerde tandarts.

Uitsluiting

De kosten van gegoten vullingen, kronen, bruggen, implantaten en orthodontische hulp door een tandarts vergoeden wij niet.

VoordeelSilverPakket, SilverPakket

Wij vergoeden voor verzekerden tot 18 jaar de kosten van de volgende verrichtingen:

- Inlays (R11, R12 en R13);
- Kronen inclusief noodvoorziening (R20, R25, R26, R27, R28);
- Bruggen en etsbruggen (R40, R45, R60, R61, R65);
- Indirecte labiale veneering (R78, R79);
- Techniekkosten kronen, inlays, bruggen en labiale veneeringen (R00) tot maximaal € 70,- per element;
- Solitair implantaat (I13/238045) tot maximaal € 455,- per 2 kalenderjaren van de totale behandelingskosten;
- Overige codes (geen vergoeding techniekkosten) (R31, R32, R33, R46, R74, R75, A10).

De vergoeding van de gezamenlijke kosten van kronen, inlays, brugdelen en labiale veneeringen is gemaximeerd tot 3 elementen per 2 kalenderjaren.

Voorwaarde voor vergoeding

Bij de beoordeling van het recht op vergoeding wordt uitgegaan van de kosten in het lopende jaar en het jaar dat aan het lopende jaar voorafging.

Basis SilverTandartsPolis, SilverTandartsPolis en Uitgebreide SilverTandartsPolis

Wij vergoeden voor verzekerden vanaf 18 jaar 75% van de kosten van tandheelkundige behandelingen:

- tot maximaal € 225,- per persoon per kalenderjaar als u de Basis SilverTandartsPolis heeft;
- tot maximaal € 450,- per persoon per kalenderjaar als u de SilverTandartsPolis heeft;
- tot maximaal € 900,- per persoon per kalenderjaar als u de Uitgebreide SilverTandartsPolis heeft.

Voorwaarde voor vergoeding

De behandeling moet worden uitgevoerd door een door ons gecontracteerde tandarts of een door ons gecontracteerde tandprotheticus. De preventie/mondhygiëne en de parodontologische behandelingen mogen ook worden uitgevoerd door een door ons gecontracteerde vrijgevestigde mondhygiënist(e).

Uitsluiting

- Wij verlenen geen vergoeding voor de kosten van:
- de volgende C-codes (C70, C75 en C90);
 - het bleken van tanden en kiezen (codes E00, E90, E95, E97 en E98);
 - orthodontie (D-codes).

Artikel 49 Tandheelkundige zorg - prothesen

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van:

- een uitneembare volledige prothese, wij vergoeden 75% van de kosten;
- een uitneembare volledige boven- of onderprothese, wij vergoeden 75% van de kosten;
- een prothese op implantaten, er geldt een eigen bijdrage van € 90,- per boven- of onderprothese;
- een overkappingsprothese (op natuurlijke wortels).

Voorwaarden voor vergoeding

- De prothese moet geleverd en gedeclareerd worden door een door ons gecontracteerde tandarts. De prothese als bedoeld onder de eerste twee gedachtenstreepjes mag ook geleverd en gedeclareerd worden door een door ons gecontracteerde tandprotheticus.
- Reparaties aan de prothese mogen worden uitgevoerd door een door ons gecontracteerde tandarts, een door ons gecontracteerde tandprotheticus of tandtechnicus.

Artikel 50 Tandheelkundige zorg - mesostructuur op implantaten

Ziekenfondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van de mesostructuur op implantaten.

De vergoeding van de behandeling omvat het honorarium van de door ons gecontracteerde tandarts en de bijkomende materiaal en techniekkosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- De mesostructuur moet vervaardigd en geplaatst worden door een door ons gecontracteerde tandarts of een centrum voor bijzondere tandheelkunde. Indien de mesostructuur wordt vervaardigd en geplaatst in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, komt in plaats van de vigerende UPT-codes (Uniforme Particuliere Tarieven) het door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde uurtarief voor vergoeding in aanmerking.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De aanvraag voor toestemming moet vergezeld gaan van een behandelplan. Geen toestemming wordt verleend als de voorgestelde behandeling niet doelmatig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

Artikel 51 Tandheelkundige zorg voor verzekerden met een lichamelijke of verstandelijke handicap

Ziekenfondsverzekering

Indien door een lichamelijke en/of verstandelijke handicap andere dan normaal gebruikelijke tandheelkundige hulp noodzakelijk is, vergoeden wij de kosten van behandeling door een door ons gecontracteerde tandarts. Er geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij vergoeden de kosten uitsluitend voor lichamenlijk en/of verstandelijk gehandicapten die geen aanspraak kunnen maken op tandheelkundige verstrekkingen krachtens de AWBZ.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De zorgverlener kan hiervoor een aanvraag bij ons indienen.

Artikel 52 Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen

Ziekenvondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel. Er geldt in sommige gevallen een eigen bijdrage.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De zorgverlener kan hiervoor een aanvraag bij ons indienen.

Artikel 53 Orthodontie in bijzondere gevallen

Ziekenvondsverzekering

Wij vergoeden de kosten van een orthodontische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of een door ons gecontracteerde tandarts bij een schisis-afwijking (lip-of kaak- of verhemeltespleet) of bij een vergelijkbare zeer ernstige orthodontische afwijking.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandeling moet medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines vereisen.
- Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. De zorgverlener kan hiervoor een aanvraag bij ons indienen.



Artikel 54 Achmea health alarmcentrale

Achmea health

Wij vergoeden:

- de kosten van het organiseren van de in de artikelen 31 en 32 genoemde hulpverlening door de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International;
- de kosten voor telefoon, telegram, fax en e-mail gemaakt om contact op te nemen met de Achmea health alarmcentrale, uitgevoerd door EuroCross International.

Artikel 55 Achmea health Vakantiedokter

Achmea health

Bij niet spoedeisende medische vragen, voor en/of tijdens uw vakantie, heeft u recht op gratis advies van de Achmea health Vakantiedokter.

Artikel 56 Korting bij opticiën

Achmea health

- Met Hans Anders hebben wij de volgende prijsafspraken gemaakt:
- u kunt een complete enkelvoudige bril aanschaffen voor € 95,-;
 - u kunt een complete multifocale bril aanschaffen voor € 135,-;
 - deze prijsafspraken gelden indien u kiest voor glazen die zijn opgenomen in de zogenoemde Achmea glastabel. In de winkels van Hans Anders kunt u nadere informatie krijgen over deze tabel;
 - een kleurtint op uw glazen is mogelijk tegen een meerprijs van € 10,- per glas;
 - bij de aanschaf van een pakket zachte maandlenzen (€ 45,-) ontvangt u één maand gratis lenzen en vloeistof.

Met Het Huis Opticiens hebben wij de volgende prijsafspraken gemaakt:

- bij de aanschaf van een complete bril (montuur en glazen) ontvangt u een zonnebril op sterkte inclusief UV-filter, ter waarde van € 45,- gratis;
- kiest u voor een duurdere zonnebril op sterkte, dan wordt een korting van € 45,- verleend.

U kunt gebruik maken van deze prijsafspraken op vertoon van een geldig polisblad/pasje.

Artikel 57 Korting op personenalarmering

Achmea health

U heeft recht op een korting op de huur en abonnementskosten in verband met aansluiting op en gebruik van het alarmerings-systeem van ActionLine.

Artikel 58 Second opinion

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van second opinion door een medisch specialist of tandarts.

Artikel 59 Kraampakket

Achmea health

Als u gaat bevallen, krijgt u van ons ruim voor de verwachte bevallingsdatum een medisch kraampakket thuisbezorgd.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet het medisch kraampakket minimaal twee maanden voor de verwachte bevallingsdatum bij ons aanvragen.

Artikel 60 Uitleen verpleegartikelen

Achmea health

Wij vergoeden voor een periode van maximaal 6 maanden de huurkosten van medisch noodzakelijke artikelen uit het uitleenmagazijn van de thuiszorginstellingen, indien deze artikelen niet meer krachtens de AWBZ worden vergoed.

Artikel 61 Bewakingsapparatuur ter voorkoming van wiegendood

Achmea health

Wij vergoeden het gebruik van een bewakingsmonitor ter voorkoming van wiegendood. Wij vergoeden de kosten van huur van een monitor voor een periode van maximaal 18 maanden.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven.

Artikel 62 Vaccinaties en geneesmiddelen in verband met reis naar het buitenland

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van consulten, geneesmiddelen en vaccinaties ter voorkoming van de volgende ziekten bij een vakantiereis naar het buitenland:

- malaria;
- difterie, tetanus en poliomyelitis (DTP);
- gele koorts;
- tyfus;
- cholera;
- hepatitis A/B.

Artikel 63 Preventieve onderzoeken

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van onderzoek door een huisarts of specialist ten behoeve van vroege opsporing van:

- baarmoederhalskanker (uitstrijkje);
- borstkanker;
- hart- en vaatziekten (maximaal één keer per 24 maanden);
- prostaatkanker.

Artikel 64 Sportmedisch onderzoek

Achmea health

Wij vergoeden per persoon de volgende behandelingen in een sportmedische instelling:

- éénmaal per 24 maanden de kosten van een sportmedisch onderzoek. De eigen bijdrage per onderzoek bedraagt € 10,-;
- tweemaal per kalenderjaar de kosten van een blessureconsult en/of herhalingsconsult.

Voorwaarde voor vergoeding

Wij kunnen u informeren over de instellingen waar u deze behandelingen kunt laten uitvoeren.

Artikel 65 Leefstijltrainingen

Achmea health

Wij vergoeden de kosten van maximaal één leefstijltraining per kalenderjaar georganiseerd door het Leefstijl Trainingscentrum te Dalfsen. De eigen bijdrage die u verschuldigd bent, bedraagt € 100,- per training.

De volgende basistrainingen komen voor vergoeding in aanmerking:

- training voor hartpatiënten;
- training voor whiplashpatiënten;
- training voor mensen met burn out;
- training stressreductie bij mensen met stotterproblemen.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of logopedist (stotterproblemen).

Artikel 66 Preventieve cursussen

Achmea health

Wij geven een tegemoetkoming van 75% in de kosten van preventieve cursussen tot maximaal € 115,- per cursus per persoon per kalenderjaar.

Wij geven een tegemoetkoming voor de volgende preventieve cursussen:

- afvallen, georganiseerd door een Achmea health Center of een thuiszorginstelling;
 - hartproblemen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - stoppen met roken, georganiseerd door Allen Carr, Diagnosis4Health, Prostop Lasertherapie of een thuiszorginstelling;
 - de 'Vrij van alcohol' training, georganiseerd door De Helderheid;
 - eerste hulp bij kindergevallen, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - babymassage, georganiseerd door een thuiszorginstelling;
 - EHBO, georganiseerd door de plaatselijke EHBO-vereniging.
- Wij kunnen u informeren over de plaatsen waar deze cursussen gevolgd kunnen worden.

Daarnaast geven wij 25% korting op de schriftelijke cursussen:

- Lekker in je vel;
- Lekker gezond;
- Lekker slank.

Deze cursussen worden verstrekt door Achmea health.

Wij kunnen u nader informeren over de kortingsregeling die voor u van toepassing is.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet een origineel bewijs van aanmelding en betaling aan ons overleggen.

Artikel 67 Voedingsvoorlichting

Achmea health

Wij vergoeden 75% van de kosten van advies door een diëtist, tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar.

Hieronder vallen ook de kosten van advies door een diëtist bij deelname aan Victory Camp of het Dikke Vrienden Kamp.

Voorwaarden voor vergoeding

- De behandelend diëtist moet zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland, of voldoen aan de kwaliteitseisen van deze verenigingen.
- U moet zijn doorverwezen door de huisarts of medisch specialist.

Artikel 68 Korting op energieverbeteringsprogramma

Achmea health

U heeft recht op 15% korting op het NOVO-programma van Immogenics.

Artikel 69 Ontspanningsarrangement

Achmea health

Bij de volgende centra hebben wij prijsafspraken gemaakt voor ontspanningsarrangementen:

- Fontana te Nieuweschans;
- Thermaalbad Arcen te Arcen;
- Elysium te Bleiswijk;
- Thermae 2000 te Valkenburg;
- Centra die vallen onder Thermen & Beauty-groep.

Wij kunnen u nader informeren over de arrangementen die beschikbaar zijn en de daarvoor geldende tarieven.

Artikel 70 Korting op fitness

Achmea health

U heeft bij de Achmea health Centers en de vestigingen van Ten Tije Fitness recht op een korting van:

- 50% op het (eenmalige) inschrijfgeld;
- 20% op de contributie;
- 25% op bepaalde cursussen. Wij kunnen u nader informeren over het aanbod aan cursussen waarvoor de korting van toepassing is.

Artikel 71 Wachttijdbemiddeling

Achmea health

Als u een medisch noodzakelijke behandeling moet ondergaan, waarvoor een wachttijd geldt, kunnen wij voor u nagaan of de wachttijd bekort kan worden. Als er mogelijkheden tot het bekorten van de wachttijd zijn, proberen wij te regelen dat u eerder behandeld wordt.

Voorwaarden voor vergoeding

- De mogelijke oplossing moet vallen binnen de dekkingsvoorwaarden van uw verzekerde ziekenfondsverzekering.
- Er moet sprake zijn van een wachttijd voor een medische behandeling of onderzoek in een algemeen of academisch ziekenhuis (niet zijnde een psychiatrisch ziekenhuis of verpleeg- inrichting) bij:
 - eerste polikliniekbezoek, van tenminste 3 weken;
 - dagbehandeling, van tenminste 4 weken;
 - ziekenhuisopname, van tenminste 6 weken.

Uitsluiting

Wachttijdbemiddeling kan niet worden aangevraagd voor orgaantransplantatie.

Artikel 72 Overgangsconsulent

Achmea health

Wij vergoeden 75% van het consulttarief van een overgangsconsulent tot maximaal € 115,- per persoon per kalenderjaar. Bij het eerste consult krijgt u een jaarabonnement op het tijdschrift rondom de overgang 'Women's Care'.

Voorwaarde voor vergoeding

De overgangsconsulent moet zijn aangesloten bij Care for Women.

Artikel 73 Health shop

Achmea health

Bij aanschaf van producten in de Health shop op www.achmeahealth.nl gelden voor u de volgende afspraken:

- u heeft recht op korting bij aanschaf van producten in de Health shop. In de Health shop zijn producten verkrijgbaar op het gebied van gezondheid en leefstijl in de volgende categorieën:
 - Lekker bewegen;
 - Meten en testen;
 - Gezond en mooi;
 - Op reis;
 - Comfort;
 - Veiligheid en Kennis.
- als u recht heeft op vergoeding van een hulpmiddel uit het Achmea reglement Hulpmiddelen, kunt u dit hulpmiddel bestellen in de Health shop.

Voorwaarde voor vergoeding

Bij uw bestelling in de Health shop van een hulpmiddel waarvoor u vergoeding uit het Achmea reglement Hulpmiddelen krijgt, moet u uw door ons afgegeven machtigingsnummer vermelden.

Artikel 74 Korting op hulpmiddelen

Achmea health

U heeft recht op korting bij aanschaf van hulpmiddelen in de winkels van Welzorg. Deze afspraak geldt niet voor hulpmiddelen waarop u volgens het Achmea reglement Hulpmiddelen aanspraak kunt maken en niet voor zogenoemde autoaanpassingen en kindershulpmiddelen.

U kunt gebruik maken van deze prijsafspraken op vertoon van een geldig polisblad/pasje.

Wij kunnen u informeren over de voor u geldende kortingen.

Artikel 75 Advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens vakanties

Achmea health

Wij vergoeden aan zorgbehoevende verzekerden een gedeelte van de kosten van advies, bemiddeling en begeleiding bij zorg tijdens vakanties in Spanje. Wij vergoeden € 50,- per persoon per kalenderjaar.

Voorwaarde voor vergoeding

Het advies, de bemiddeling en begeleiding moet worden gegeven door Zorg Vakantie Plan.

