

# Deel B

## Omvang Dekking ONVZ Benfit XL Pakket

*De dekking van het Benfit XL Pakket voor ziekenfonds- en (Studenten-) Standaardpakketverzekerden betreft een aanvulling op de dekking uit hoofde van de Ziekenfondswet/WTZ.*

De verzekeraar vergoedt de in de onderstaande artikelen genoemde medische behandelingen door zorgverleners en andere genoemde medische kosten volgens officieel goedgekeurde en gangbare tarieven. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van medische noodzaak.

### ARTIKEL 1 BEVALLING EN KRAAMZORG

De vrouwelijke verzekerden hebben bij zwangerschap recht op een kraampakket (zie deel C).

### ARTIKEL 2 ARTS-FLEBOLOOG/PROCTOLOOG

De kosten van behandeling door een arts-fleboloog/proctoloog.

### ARTIKEL 3 PARAMEDISCHE HULP

De kosten van paramedische hulp die door de behandelend huisarts of specialist is voorgeschreven. Hieronder wordt in deze overeenkomst verstaan:

- 3.1 Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie  
De kosten van hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar tot maximaal 9 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar. De hulp moet in de beroepsgroep algemeen aanvaard zijn. Als aanspraak gemaakt kan worden op deze hulp op grond van de Regeling fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar zoals opgenomen in de Ziekenfondswet of het Uitvoeringsbesluit vergoedingen particuliere verzekering wordt vergoed, kan geen aanspraak gemaakt worden op de hieromschreven dekking.
- 3.2 Chiropractie  
De hulp verleend door een chiropractor. Deze hulp moet in de betreffende beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.
- 3.3 Acupunctuur  
Acupunctuurbehandelingen uitgevoerd door een arts of fysiotherapeut, die als acupuncturist gediplomeerd is, of door een acupuncturist die is aangesloten bij een erkende Nederlandse beroepsvereniging.

- 3.4 Orthoptische hulp  
Orthoptische hulp verleend door een orthoptist.

- 3.5 Osteopathie  
De hulp verleend door een osteopaat.

- 3.6 Overgangsconsulente  
Vergoed worden de kosten van maximaal 3 behandelingen gedurende de gehele looptijd van de verzekering voor voorlichting, advies en hulp gedurende de menopauze gegeven door een overgangsconsulente aangesloten bij Care for Women. Per behandeling wordt maximaal €50,- vergoed.

### ARTIKEL 4 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Vergoed wordt de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage, zoals bepaald in de AWBZ voor de verstrekking niet-klinische psychiatrische hulp (psychotherapie) tot een maximum van €410,- per behandelreeks.

### ARTIKEL 5 PSYCHOLOGISCHE HULP

50% van de kosten van psychologische hulp door een psycholoog of een psychotherapeut tot een maximale vergoeding van €455,- per verzekerde per kalenderjaar. Gedurende de gehele looptijd van de verzekering worden maximaal 75 behandelingen vergoed.

### ARTIKEL 6 FARMACEUTISCHE ZORG

- 6.1 De farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een (homeopathisch) arts en moet zijn geleverd door een apotheek of een apotheekhoudend huisarts of een drogisterij. De volgende kosten worden vergoed:
  - a. de kosten van medicijnen, welke niet worden vergoed op grond van de aanspraken uit hoofde van de Ziekenfondswet of de Regeling Farmaceutische Zorg van de verzekeraar. Vergoeding vindt plaats tot een maximum van €4540,- per verzekerde per kalenderjaar;
  - b. de door de verzekerde verschuldigde eigen bijdragen, die worden geheven bij verstrekking van medicijnen op grond van de Regeling Farmaceutische Zorg ingevolge de Ziekenfondswet of de Regeling Farmaceutische Zorg van de verzekeraar;
  - c. de kosten van geregistreerde homeopathische preparaten;
  - d. de kosten van verbandmiddelen, die uitsluitend dienen om huidaandoeningen of wonden te bedekken of te verbinden. De middelen moeten zijn gebruikt ter ondersteuning van de door de behandelend arts verleende hulp.

- 6.2 In tegenstelling tot hetgeen bepaald in het vorige lid:
- bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van:
    1. zelfzorggeneesmiddelen;
    2. anticonceptiemiddelen (middelen ter voorkoming van een zwangerschap), tenzij sprake is van een medische noodzaak;
    3. geneesmiddelen die gebruikt worden bij de behandeling voor fertiliteits- en kunstmatige voortplantingstechnieken.
  - bestaat voor de volgende geneesmiddelen alleen aanspraak op vergoeding van de kosten van het goedkoopste middel met dezelfde werkzame stof, tenzij de behandelend arts heeft bepaald dat er een medische noodzaak bestaat voor gebruik van het duurere middel en de verzekeraar daarvoor toestemming heeft verleend:
    1. cholesterolverlagers met de werkzame stof simvastatine of prevastatine;
    2. maagzuurremmers met de werkzame stof omeprazol.

#### ARTIKEL 7 ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN

De kosten van het consulteren van een arts die alternatieve geneeswijzen beoefent, zoals bijvoorbeeld een homeopathisch arts, een natuurarts, een antroposofisch arts, een arts Moermantherapie en een arts enzymtherapie. Vergoed wordt tot maximaal € 27,- per consult met een maximum van 20 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.

#### ARTIKEL 8 VACCINATIES

50 % van de kosten van de navolgende vaccinaties wegens verblijf in het buitenland, tegen: Hepatitis A en B; DTP; Gele koorts; Typhus; Cholera; Meningococcon.

#### ARTIKEL 9 EIGEN BIJDRAGEN HULPMIDDELEN

- 9.1 Vergoed worden de eigen bijdragen die de verzekerde is verschuldigd ingevolge de Regeling Hulpmiddelen Ziekenfondswet of zoals staat vermeld in de Regeling Hulpmiddelen van de verzekeraar tot een gezamenlijk maximum van € 230,- per verzekerde per kalenderjaar. Voor pruiken geldt de regeling als genoemd in lid 2. De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.
- 9.2 De vergoeding voor de eigen bijdrage pruiken bedraagt maximaal € 115,-.

#### ARTIKEL 10 OVERIGE HULPMIDDELEN

- 10.1 Brillenglazen/Contactlenzen  
De kosten van de glazen van een bril of een stel contactlenzen bij versterkende glazen of lenzen tot een maximum van € 140,-, maximaal 1 keer per 3 jaar.
- 10.2 Bewakingsapparatuur wiegendood  
De kosten van huur c.q. in bruikleengeving van bewakingsapparatuur voor een periode van maximaal 18 maanden, mits op aanvraag van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- 10.3 Rolstoelen/Invalidenwagens  
De kosten van in bruikleengeving van niet-elektromotorisch aangedreven rolstoelen of invalidenwagens als het gebruik medisch noodzakelijk is. Op deze vergoeding kan geen aanspraak gemaakt worden als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- 10.4 Steunzolen  
De kosten van aanschaf van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Levering moet geschieden door een orthopedisch schoentechnicus, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentechnici.
- 10.5 Verpleegartikelen  
De kosten van huur van verpleegartikelen als het gebruik ervan medisch noodzakelijk is. Er bestaat geen recht op vergoeding als een aanspraak bestaat op verstrekking krachtens een wettelijke voorziening of als de verstrekking redelijkerwijs overbodig, onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd of niet doelmatig is.
- 10.6 Wekapparaten  
De kosten van huur van plaswekkers (inclusief bandages) voor een periode van drie maanden per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering op voorschrift van de behandelend arts.

#### ARTIKEL 11 BIJZONDERE BEHANDELINGEN/THERAPIEËN

- 11.1 Acné-behandeling  
De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e). De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend huidarts.
- 11.2 Camouflagetherapie  
De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en van voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

- 11.3 Elektrische epilatie  
De kosten van elektrische epilatie, als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat. De behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- 11.4 Lymfedrainage  
De kosten van behandeling door een huidtherapeut. Vergoeding vindt plaats als er sprake is van een ernstig lymfoedeem en de behandeling plaatsvindt op voorschrift van de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- 11.5 Podotherapie  
De kosten van behandeling door een podotherapeut. Behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, het aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen, en orthonyxie.
- 11.6 Psoriasisdagbehandeling
1. De kosten van behandeling in één van de erkende psoriasisdagbehandelingscentra tot een maximum van € 500,-. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend;
  2. De reiskosten naar het psoriasisdagbehandelingscentrum tot een maximum van € 230,- per verzekerde per kalenderjaar. Vergoeding van de reiskosten duurt, zolang de behandeling op grond van deze verzekering wordt vergoed. Vergoeding vindt plaats op basis van tarieven openbaar vervoer, 2e klasse.
- 11.7 Stottertherapie  
Vergoed worden de kosten van stottertherapie tot een maximum van € 350,- per verzekerde voor de gehele duur van de verzekering. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.
- 11.8 Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren  
De verschuldigde eigen bijdrage van € 6,- per dag, gedurende maximaal 42 dagen per kalenderjaar per verzekerde. Het verblijf moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts.
- 11.9 Sportmedisch Advies: blessureconsult  
De kosten van het consulteren van een (sport)arts. Vergoed wordt maximaal € 27,- per consult met een maximum van 5 consulten per verzekerde per kalenderjaar.

## ARTIKEL 12 RONALD McDONALD- OF FAMILIEHUIS

Vergoed wordt € 11,- per dag van de verschuldigde eigen bijdrage met een maximum van € 230,- per kalenderjaar voor verblijf van de ouders in een Ronald McDonaldhuis of in een aan een ziekenhuis verbonden familie- of logeershuis, in geval van een ziekenhuisopname van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

## ARTIKEL 13 VERBLIJF GEZINSLID BIJ LEVERTRANSPLANTATIE

De verzekeraar vergoedt de verblijfkosten in het zusterhuis van het Academisch ziekenhuis Groningen van een gezinslid van de verzekerde gedurende het verblijf van de verzekerde in het Academische Ziekenhuis Groningen vanwege een levertransplantatie. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend. Maximaal worden de volgende kosten vergoed:

- verblijf in het zusterhuis tot een maximum van € 25,- per dag gedurende de periode van opname van de getransplanteerde;
- de kosten van vervoer naar het zusterhuis op basis van openbaar vervoer, tweede klasse of vervoer per eigen auto tot een maximum van € 0,20 per kilometer.

## ARTIKEL 14 ZIEKENVERVOER

De kosten van ziekenvervoer worden vergoed voor zover sprake is van:

- een medische noodzaak en
- het ziekenvervoer plaatsvindt ten behoeve van een behandeling waarop aanspraak bestaat op grond van de ziekenfondsverzekering/(Studenten) Standaard Pakket Polis of deze verzekering.

De volgende kosten worden vergoed:

1. de eigen bijdrage voor de verzekerden die aanspraak maken op ziekenvervoer op grond van de ziekenfondsverzekering of (Studenten) Standaard Pakket Polis;
2. € 0,20 per gereden kilometer bij gebruik van de eigen auto.

## ARTIKEL 15 KAAKORTHOPEDIE

Gebitsregulatie (orthodontie) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden vóór het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Vergoed wordt tot maximaal € 1365,- per verzekerde gedurende de gehele looptijd van de verzekering.

## ARTIKEL 16 BUITENLAND

Bij tijdelijk verblijf van maximaal 6 maanden aaneengesloten buiten Nederland van een verzekerde met een vaste woon- of verblijfplaats in Nederland, worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van een acute ziekte of een ongeval:

- 16.1 Binnen Europa en de landen die grenzen aan het Middellandse-Zeegebied vergoedt de verzekeraar de in het desbetreffende land officieel goedgekeurde en gangbare tarieven:
- bij opname in een ziekenhuis:
    - de kosten van verpleging en behandeling in de verzekerde klasse tot maximaal 365 dagen per geval;
    - de kosten van ziekenvervoer per ambulance naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
  - de kosten van niet-klinische specialistische hulp (inclusief ziekenvervoer per ambulance);
  - huisartsenhulp.
- 16.2 Buiten het onder 16.1 genoemde gebied:  
De dekking is gelijk aan het vermelde onder lid 1. Vergoeding vindt plaats tot ten hoogste 2x het bedrag van de kosten van een overeenkomstige behandeling in Nederland (bij ziekenhuisopname geldt als maatstaf de kosten welke het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein in rekening zou hebben gebracht voor de betreffende behandeling).
- 16.3 Gedeclearde nota's van buitenlandse zorgverleners die voor vergoeding in aanmerking komen, worden uitbetaald in euro's overeenkomstig de wisselkoers op de datum waarop verwerking plaatsvindt.
- 16.4 ANWB Alarmcentrale  
In geval van ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met ANWB Alarmcentrale. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met ANWB Alarmcentrale.
- ANWB Alarmcentrale is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar onder telefoonnummer: 31 (0)70 314 58 70.
- 16.5 Repatriëring  
In geval van ernstige ziekte of ernstig ongevalletsel bestaat tevens dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. Organisatie van repatriëring geschiedt door ANWB Alarmcentrale.
- Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct hulp van ANWB Alarmcentrale in te roepen. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.
- 16.6 De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van ANWB Alarmcentrale bepaalde gegevens te verschaffen aan de medische adviseur van de verzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname en/of de repatriëring.