

Deel B

Omvang Dekking ONVZ Optifit Module Polis

Deel B (omvang dekking) bevat de omschrijving van alle te verzekeren modules van de ONVZ Optifit Module Polis. Dit betreffen de volgende modules:

Module 1 Basis
Module 2 Huisarts
Module 3 Tandheelkunde
Module 4 Paramedische hulp
Module 5 Alternatief en Psychologische hulp
Module 6 Buitenland (indien niet van toepassing geldt geen aanspraak op hulp door SOS International zoals vermeld op uw ONVZ Insurance card)
Module 7 Aanvullend

Deze verzekering omvat in elk geval de Basismodule (Module 1). De modules 2 t/m 7 kunnen naar eigen keuze, naast de Basismodule worden meeverzekerd. Op het polisblad staat aangegeven welke modules voor welke verzekerde zijn afgesloten. Al hetgeen gedekt wordt door de modules 2 t/m 7, valt niet onder module 1.

De verzekeraar vergoedt de in de modules genoemde medische behandelingen door zorgverleners en andere genoemde medische kosten volgens officieel goedgekeurde en gangbare tarieven. Het eventueel door de verzekerde gekozen eigen risico wordt op de vergoeding in mindering gebracht.

MODULE 1 BASIS

ZIEKENHUIS

Opname

Opname in de verzekerde klasse van een ziekenhuis als er een medische noodzaak voor dit verblijf is in verband met specialistisch onderzoek of behandeling:

- de verpleegkosten gedurende onbeperkte tijd;
- de honoraria van de specialisten;
- de bijkomende kosten, zoals de kosten van gebruik van de operatiekamer, narcose- en verbandmiddelen, medicijnen, laboratoriumonderzoeken, röntgendoorlichting, röntgenfoto's, bestralingen en fysiotherapie.

Gezonde zuigeling

Als de moeder voor behandeling in het ziekenhuis verblijft, bestaat recht op uitkering voor de opname van een gezonde zuigeling ten behoeve van de borstvoeding. Vergoeding vindt plaats zolang er voor de moeder recht op uitkering bestaat.

Compensatie klasseverzekerden

Als de verzekerde wordt opgenomen op basis van klasse 3 in een ziekenhuis terwijl hij/zij voor een hogere klasse verzekerd is, vergoedt de verzekeraar een bedrag van € 25,- per verpleegdag.

SPECIALISTISCHE HULP

Specialistische hulp zonder opname (niet-klinische specialistische hulp):

- het honorarium van een op advies van de huisarts geraadpleegde specialist;
- de in verband met de specialistische hulp gemaakte kosten, zoals kosten van dagverpleging, gebruik van de behandelkamer of polikliniek, narcose, laboratoriumonderzoek, röntgenfoto's, röntgen-, radium- en andere radio-actieve bestralingen.

Second opinion

De kosten voor het raadplegen van een andere specialist of tandarts (second opinion), na verwijzing door de huisarts, behandelend tandarts of specialist.

REVALIDATIEZORG

De kosten van medisch noodzakelijke vormen van revalidatiezorg in een instelling die door de daarvoor bevoegde overheidsinstantie erkend is. Op voorschrift van de behandelend arts komen de volgende vormen van revalidatie voor vergoeding in aanmerking:

- revalidatiezorg in een klinische situatie (opname);
- revalidatiezorg in een poliklinische situatie (deeltijd of dagbehandeling).

FARMACEUTISCHE ZORG

Farmaceutische zorg moet zijn voorgeschreven door een (homeopatisch) arts en moet zijn geleverd door een in Nederland gevestigde apotheek, apotheekhoudend huisarts of drogisterij. Farmaceutische zorg omvat de hierna genoemde middelen, waarvan de kosten volledig worden vergoed:

- geneesmiddelen die overeenkomstig de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland afgeleverd mogen worden;
- geregistreerde homeopathische preparaten;
- bloedproducten die krachtens de Wet inzake Bloedtransfusie zijn toegelaten;
- dieetpreparaten bestemd voor medische toepassing, zoals omschreven in de Regeling Dieetpreparaten die door Zorgverzekeraars Nederland is vastgesteld. Uitsluitend na voorafgaande toestemming van de verzekeraar. Aan deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden verbonden. De Regeling Dieetpreparaten maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar;
- verbandmiddelen voorzover nodig bij de medische behandeling van ernstige aandoeningen waarbij langdurige behandeling noodzakelijk is, alsmede 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.

(vervolg module 1)

SPECIFIEKE BEHANDELINGEN

Audiologische hulp

De kosten van audiologische hulp, verleend door een audiologisch centrum op voorschrift van een huisarts, kinderarts of keel-, neus- en oorarts.

Beenmergonderzoek

De kosten voor centrale diagnostiek, coördinatie en registratie, gedeclareerd door de Stichting Nederlandse Werkgroep Leukemie bij Kinderen.

Dermatologische nachtbehandeling

De kosten van dermatologische nachtbehandeling.

Erfelijkheidsonderzoek

De kosten van erfelijkheidsonderzoek door een centrum voor klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

In vitro fertilisatie

De kosten van in vitro fertilisatiebehandelingen in een vergunninghoudend ziekenhuis.

Nierdialyse

De kosten van behandeling met een kunstnier, zowel klinisch, poliklinisch als bij de verzekerde thuis.

Orgaantransplantatie

1. De kosten van orgaantransplantatie onder de volgende voorwaarden:
 - de behandeling vindt plaats in een door de overheid voor deze verrichtingen erkende instelling en
2. De kosten van de donor in verband met orgaantransplantatie, te weten:
 - de kosten van opname in een ziekenhuis worden volledig vergoed op basis van de klasse, zoals hij/zij elders verzekerd is;
 - de kosten van medische behandeling gedurende maximaal 3 maanden na ontslag uit het ziekenhuis. Deze behandeling moet verband houden met de orgaantransplantatie. Op de uitkering wordt geen eigen risicobedrag in mindering gebracht.

Plastische chirurgie

De kosten van plastische of reconstructieve chirurgie.

Sterilisatie, Abortus

De medische kosten, verbonden aan deze ingrepen. De kosten verbonden aan het ongedaan maken van een sterilisatie worden niet vergoed.

Weefseltyperingen

De kosten van weefseltyperingen, zoals die door Eurotransplant in rekening worden gebracht.

BEVALLING EN KRAAMZORG

Voor vrouwelijke verzekerden geldt de volgende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

Bevalling met medische noodzaak

Bij bevalling in een ziekenhuis, indien en zolang een medische noodzaak aanwezig is:

- de verpleegkosten;
- de kosten van verloskundige en andere medische hulp, alsmede de bijkomende kosten.

Verlaat de moeder het ziekenhuis binnen 10 dagen, te rekenen met ingang van de dag van bevalling, dan bestaat voor elke dag dat zij minder dan 10 dagen in het ziekenhuis verblijft recht op een uitkering van maximaal € 200,- per dag (maximaal € 2000,-). Uitgangspunt voor de vergoeding is het aantal door het ziekenhuis in rekening gebrachte dagen.

Bevalling zonder medische noodzaak

Bij bevalling in een ziekenhuis zonder medische noodzaak, in een kraaminrichting, polikliniek of thuis:

- het honorarium voor verloskundige hulp in rekening gebracht door specialist, huisarts of verloskundige;
- de kosten van gebruik polikliniek.

Als tegemoetkoming in de kosten van kraamzorg ontvangt de moeder € 200,- per dag gedurende maximaal 10 dagen (maximaal € 2000,-).

Indien na de bevalling binnen 10 dagen alsnog een medische noodzaak voor ziekenhuisopname ontstaat, dan bestaat vanaf dat tijdstip recht op vergoeding zoals vermeld onder het kopje 'Bevalling met medische noodzaak'.

Kraamzorg in natura

In plaats van de uitkering van maximaal € 2000,- voor kraamzorg of het bedrag dat overblijft na ziekenhuisopname kan, onder voorbehoud van beschikbaarheid, gekozen worden voor de kraamzorg in natura. De aanvraagprocedure voor deze kraamzorg wordt omschreven in deel C (diensten).

Kraampakket

Tevens heeft de aanstaande moeder recht op een kraampakket. Zie deel C voor de aanvraag van dit pakket.

ZIEKENVERVOER

De kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer naar en van het dichtstbijzijnde ziekenhuis of kraaminrichting, alsmede naar en van de instelling waar een behandeling plaatsvindt.

Onder medisch noodzakelijk ziekenvervoer wordt verstaan:

1. ambulance;
2. taxi;
3. eigen vervoer per auto, waarbij de hoogte van de vergoeding is gebaseerd op een bedrag van € 0,28 per gereden kilometer;
4. vergoeding per helikopter vindt uitsluitend plaats indien en voorzover er een medische noodzaak is voor vervoer per helikopter

(vervolg module 1)

De kosten van het vervoer dienen verband te houden met de volgende medische behandelingen, waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekeraar komen:

- a. opname ziekenhuis;
- b. niet-klinische specialistische hulp;
- c. nierdialyse;
- d. behandeling kraaminrichting;
- e. revalidatiezorg.

MODULE 2 HUISARTS

De kosten van behandeling door de huisarts, te weten:

- het honorarium;
- de in verband met deze behandeling gemaakte kosten van laboratoriumonderzoeken en röntgenfoto's.

MODULE 3 TANDHEELKUNDE

Kaakchirurgie

Kaakchirurgische behandeling door een tandarts-specialist voor mondziekten en kaakchirurgie.

Tandheelkundige implantaten

Tandheelkundige implantaten, alsmede de kosten verband houdende met het inbrengen daarvan in de kaak, onder de volgende voorwaarden:

- de behandeling wordt uitgevoerd door een kaakchirurg;
- de implantaten worden ingebracht in een ernstig geslonken tandenloze kaak;
- de implantaten dienen als steun voor een (overkappings)prothese;
- de voorgestelde behandeling is doelmatig, niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd;
- uitsluitend na voorafgaande toestemming van de verzekeraar.

Vergoed worden uitsluitend het honorarium van de kaakchirurg en de bijkomende ziekenhuiskosten. Niet vergoed worden de kosten van het aanbrengen van de suprastructuur op implantaten en de (overkappings)prothese.

Kaakorthopedie

- a. Gebitsregulatie (orthodontie) door een tandarts of orthodontist.

- b. Kaakorthopedische behandeling door een orthodontist op advies van de huisarts of tandarts in de volgende gevallen:

- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lip- en/of kaak- en/of verhemeltespleet (cheilo- en/of gnatho- en/of palatoschisis);
- een kaakorthopedische afwijking in boven- en/of onderkaak die uitsluitend door middel van een chirurgische behandeling (osteotomie) behoort te worden gecorrigeerd en waarbij een kaakorthopedische voor- of nabehandeling noodzakelijk is;
- een kaakorthopedische afwijking als direct gevolg van een lichamelijke ontwikkelingsstoornis (dysostosis cleido cranialis), waarbij één van de symptomen een teveel aan gebitselementen met vertraagde of verstoorde doorbraak is.

Tandheelkundige hulp bij functiestoornis kauwstelsel

Tandheelkundige behandeling in gevallen waarin een lichamelijke aandoening of een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking heeft geleid tot een ernstige functiestoornis van het kauwstelsel.

Het recht op deze vergoeding bestaat uitsluitend indien:

- de behandeling plaatsvindt in een universitair of daarmee gelijkgesteld centrum en
- de behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist en
- uitsluitend nadat de verzekeraar op een daartoe strekkend verzoek, vergezeld van een door haar goedgekeurd behandelingsplan, vooraf toestemming heeft gegeven.

De verzekeraar kan hierbij nadere voorwaarden stellen.

Algemene tandheelkunde tot 18 jaar

Algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) voor verzekerden tot 18 jaar:

- verleend door een tandarts, (in geval van tandprothetische voorzieningen mag de hulp ook worden verleend door een erkend tandprotheticus);
- de bijdrage aan een jeugdtandverzorgingsdienst.

Vergoed worden de kosten tezamen tot een maximum van € 340,- per verzekerde per kalenderjaar.

Algemene tandheelkunde van 18 jaar en ouder

De standaardtandartsdekking voor de Optifit Module Polis is pakket A. Indien de verzekerde heeft gekozen voor pakket B of C, geldt de tandartskostendekking van het gekozen pakket. De dekking van de pakketten A, B en C wordt in het onderstaande omschreven. Afhankelijk van de gekozen dekking gelden de volgende uitkeringen:

(vervolg module 3)

Pakket A

De in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts. Vergoed wordt 75% van deze kosten tot maximaal € 230,- per verzekerde per kalenderjaar.

Pakket B

De in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts tot maximaal € 340,- per verzekerde per kalenderjaar.

Wanneer sprake is van een ongeval als omschreven in artikel 1.13 van deel A (Algemene voorwaarden) zijn bovendien nog verzekerd de extra tandarts- en techniekkosten inclusief de eventueel noodzakelijke prothetische voorzieningen tot een maximum van € 455,- per verzekerde.

Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:

- de noodzaak van de behandeling is het rechtstreekse gevolg van het ongeval;
- het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden binnen de looptijd van de verzekering;
- het ongeval en de behandeling moeten binnen een maand zijn gemeld;
- de kosten moeten zijn gemaakt binnen een jaar na het ongeval;
- na voorafgaande goedkeuring van de verzekeraar.

Per kalenderjaar wordt voor maximaal één ongeval vergoeding verleend.

Pakket C

De in Nederland gemaakte kosten van algemene tandheelkundige hulp (inclusief techniekkosten) verleend door een tandarts, tot maximaal € 1365,- per verzekerde per kalenderjaar. Voor het overige geldt dezelfde dekking als omschreven bij pakket B.

Tandheelkundige kosten gemaakt in het buitenland

Voor de kosten van tandheelkundige hulp gemaakt in het buitenland zal vergoeding plaatsvinden tot het in de Pakketten A, B en C genoemde maximale bedrag en voorwaarden.

MODULE 4 PARAMEDISCHE HULP

Fysiotherapie/oefentherapie/manuele therapie

De kosten van hulp verleend door een bevoegd fysiotherapeut, manueel therapeut of oefentherapeut Mensendieck/Cesar. Tevens komen voor vergoeding in aanmerking de kosten van kinderfysiotherapie, verleend aan kinderen tot 18 jaar op voorschrift van huisarts of specialist. De hulp moet in de beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.

Chiropractie

De hulp verleend door een chiropractor. Deze hulp moet in de betreffende beroepsgroep algemeen aanvaard zijn.

Osteopathie

De hulp verleend door een osteopaat.

Logopedische hulp en orthoptische hulp

Logopedische hulp en orthoptische hulp verleend door een logopedist respectievelijk een orthoptist.

Preventieve hulp

- De kosten van preventief onderzoek van hart en bloedvaten.
- De kosten van baarmoederhals- en borstkankeronderzoek.

Ergotherapie

Vergoed worden de kosten van enkelvoudige extramuraal ergotherapie door een ergotherapeut.

Overgangsconsulente

Vergoed worden de kosten van maximaal 5 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.

MODULE 5 ALTERNATIEF EN PSYCHOLOGISCHE HULP

Alternatieve geneeswijzen

De kosten van het consulteren van een arts of behandelaar die alternatieve geneeswijzen beoefent, zoals bijvoorbeeld homeopathie, natuurgeneeswijzen, antroposofie, Moermantherapie en enzymtherapie.

Arts-fleboloog/proctoloog

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

Acupunctuur

Acupunctuurbehandelingen door een arts of fysiotherapeut, die als acupuncturist gediplomeerd is, of door een acupuncturist die is aangesloten bij een erkende Nederlandse beroepsvereniging.

Psychologische hulp

De kosten van psychologische hulp door een psycholoog of psychotherapeut tot maximaal € 2500,- per verzekerde per kalenderjaar.

MODULE 6 BUITENLAND

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

(vervolg module 6)

Binnen Europa en de landen die grenzen aan het Middellandse-Zeegebied vergoedt de verzekeraar de in het desbetreffende land officieel goedgekeurde en gangbare tarieven:

- a. 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;
- b. de kosten van niet-klinische specialistische hulp (inclusief ziekenvervoer per ambulance);
- c. huisartsenhulp.

Buiten Europa en buiten de landen die grenzen aan het Middellandse-Zeegebied:

De dekking is gelijk aan het vermelde onder het kopje 'Binnen Europa en de landen die grenzen aan het Middellandse-Zeegebied'. 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).

Gedeclareerde 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.

SOS International

In geval van een ziekenhuisopname bij acute ziekte of ongeval is de verzekerde verplicht direct contact op te nemen met SOS International. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven. Voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties kan eveneens contact worden opgenomen met SOS International. SOS International is gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week, bereikbaar onder telefoonnummer: 31 (0)20 651 51 51.

Repatriëring

In geval van ernstige ziekte en ernstig ongevalletsel bestaat tevens dekking voor medisch noodzakelijke repatriëring naar Nederland inclusief de voorgeschreven medische begeleiding. Organisatie van repatriëring geschiedt door SOS International.

In geval van overlijden van de verzekerde worden vergoed de kosten van vervoer van het stoffelijk overschot naar Nederland.

Bij repatriëring is de verzekerde verplicht om direct de hulp van SOS International in te roepen. Hij/zij moet daarbij het cliëntnummer en de naam van de verzekeringnemer opgeven.

Verschaffen gegevens

De verzekerde geeft voor zover nodig toestemming aan de medisch adviseur van SOS International bepaalde gegevens te verschaffen aan de medisch adviseur van de verzekeraar. Dit betreft gegevens met betrekking tot de reden en achtergrond van de ziekenhuisopname en/of de repatriëring.

VACCINATIES

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

MODULE 7 AANVULLEND

HULPMIDDELEN

De kosten van aanschaf of bruikleen, correctie, vervanging en herstel van medische hulpmiddelen onder de volgende voorwaarden:

- het betreffende hulpmiddel is voorgeschreven door de behandelend arts;
 - het betreffende hulpmiddel is opgenomen in de Regeling Hulpmiddelen van de verzekeraar;
 - vergoed worden de kosten tot de in de Regeling Hulpmiddelen vastgestelde maximumbedragen.
- De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

OVERIGE HULPMIDDELEN

Brillenglazen/Contactlenzen

De kosten van de glazen van een bril of een stel contactlenzen, bij versterkende glazen of lenzen.

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.

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.

Steunzolen

De kosten van aanschaf van steunzolen op voorschrift van de behandelend arts. Levering dient te geschieden door een orthopedisch schoentechnicus, die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentechnici.

(vervolg module 7)

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.

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.

EIGEN BIJDRAGEN HULPMIDDELEN

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. De vergoeding voor de eigen bijdrage pruiken bedraagt maximaal € 115,-. De Regeling Hulpmiddelen maakt deel uit van deze overeenkomst en is op aanvraag verkrijgbaar.

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage, zoals bepaald in AWBZ voor de verstrekking niet-klinische psychiatrische hulp (psychotherapie).

THUISZORG

Thuisverpleging

Ter bekorting of vervanging van een medisch noodzakelijke opname in een ziekenhuis bestaat recht op vergoeding van de kosten (volgens gangbare tarieven) van verpleging door een verpleegkundige bij de verzekerde thuis:

- voor maximaal 10 uur per etmaal gedurende maximaal 100 etmalen per kalenderjaar per verzekerde;
- uitsluitend na voorafgaande toestemming van de verzekeraar.

De thuisverpleging maakt onderdeel uit van de AWBZ. De verzekerde moet eerst zijn/haar aanspraak krachtens de AWBZ geldend maken, voordat een aanspraak uit hoofde van dit artikel mogelijk is.

Thuisverpleging kan geregeld worden door het ONVZ ZorgServicebureau. Nadere informatie over deze dienstverlening wordt omschreven in deel C (diensten).

Huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis

Bij ontslag uit een algemeen ziekenhuis na een opnameduur van langer dan 5 dagen bestaat voor elke verzekerde van 18 jaar en ouder recht op huishoudelijke hulp tot een maximum van € 205,-. De hulp wordt geleverd door thuiszorgorganisaties die zijn gecontracteerd door de verzekeraar. De hulp moet direct aansluiten op de ziekenhuisopname en strekt zich uit over een periode van maximaal 2 weken.

Om in aanmerking te komen voor de huishoudelijke hulp moet zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk op de dag van ontslag, een aanvraag worden gedaan bij het ONVZ ZorgServicebureau.

Nadere informatie over deze huishoudelijke hulp na ontslag uit het ziekenhuis wordt omschreven in deel C (diensten).

BIJZONDERE BEHANDELINGEN/THERAPIËN

Acné-behandeling

De kosten van behandeling door een huidtherapeut of schoonheidsspecialist(e). De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend huidarts.

Camouflagetherapie

De kosten van instructielessen ten behoeve van camouflagetherapie en van voor de therapie te gebruiken cosmetische producten. Vergoeding vindt alleen plaats als er sprake is van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

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.

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.

Podotherapie

De kosten van behandeling door een podotherapeut. Behandeling moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts. Onder behandeling wordt verstaan: consulten en onderzoeken, aanmeten en vervaardigen van podotherapeutische zolen en orthesen en orthonyxie.

(vervolg module 7)

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.

- Sportkeuring:

De kosten van een sportkeuring worden eenmaal per twee jaar vergoed, mits de sportkeuring plaatsvindt bij een Sportmedisch Adviescentrum. (Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ ZorgServicebureau)

Pedicure voor diabetici

De kosten van voetverzorging voor diabetici worden vergoed tot € 25,- per behandeling, maximaal € 250,- per verzekerde per kalenderjaar.

Psoriasis-dagbehandeling

- 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 vindt plaats, zolang de behandeling op grond van deze verzekering wordt vergoed. Vergoeding vindt plaats op basis van tarieven openbaar vervoer, 2e klasse.

Stottertherapie

De kosten van stottertherapie. De behandeling moet zijn voorgeschreven door de behandelend arts. Uitsluitend nadat de verzekeraar vooraf toestemming heeft verleend.

Therapeutisch kamp voor astmatische jongeren

De verschuldigde eigen bijdrage. Het verblijf moet plaatsvinden op voorschrift van de behandelend arts.

Verblijf Prinses Margriethuis

Uitsluitend na voorafgaande toestemming van de verzekeraar wordt vergoeding verleend voor de kosten van verblijf in het Prinses Margriethuis te Groningen, als het verblijf aansluit op een levertransplantatie in het Academisch Ziekenhuis Groningen. De verzekerde en een verzorger ontvangen een vergoeding tot een maximum van € 35,- per dag gedurende maximaal 28 dagen.

Herstellingsoord

Vergoed worden de kosten van verblijf, mits het verblijf geschiedt op voorschrift van de behandelend arts.

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 ziekenhuisopname van een meeverzekerd kind tot de leeftijd van 18 jaar.

VERBLIJF GEZINSLID BIJ LEVERTRANSPLANTATIE

De verzekeraar vergoedt de verblijfkosten in het zusterhuis van het Academisch Ziekenhuis Groningen van een gezinlid 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 maximaal € 0,28 per gereden kilometer.

