

Deel B

Omvang Dekking ONVZ Vrije Keuze Topfit

Omvang dekking

De intentie van de ONVZ Vrije Keuze Topfit is om aan verzekerde alle kosten te vergoeden binnen de Nederlandse gezondheidszorg volgens officiële of marktconforme tarieven. Echter, de kosten van behandelingen of voorzieningen die naar maatschappelijke opvattingen als excessief worden aangemerkt worden niet vergoed. Kosten die niet thuishoren binnen een ziektekostenverzekering of waarvan in redelijkheid van de verzekeraar niet verlangd kan worden dat deze worden vergoed, komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Begrenzing dekking

Indien aanspraken bestaan op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering) en de ONVZ Vrije Keuze Topfit een aanvullende dekking verleent, dient verzekerde te handelen conform de voorwaarden van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (dan wel de elders lopende zorgverzekering).

Niet voor vergoeding in aanmerking komen:

- eigen risico en no-claim onder de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (of een elders lopende zorgverzekering)
- tandheelkundige kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder;
- kosten van hulp en begeleiding door personen of instellingen die zich bewegen op sociaal, maatschappelijk of onderwijskundig terrein.

De kosten van plastische of reconstructieve chirurgie, laserbehandelingen van ogen en ziekenvervoer worden alleen vergoed als sprake is van een medische noodzaak.

Verloskundige zorg en kraamzorg

Naast de vergoeding zoals bepaald is op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering geldt de volgende aanvullende vergoedingsregeling voor bevalling en kraamzorg:

- vrouwelijke verzekerden hebben na bevalling recht op een uitkering ten behoeve van kraamzorg van € 455,-;
- bij een bevalling in een ziekenhuis (ook zonder medische noodzaak) in een kraaminrichting of polikliniek worden de kosten van gebruik van de polikliniek vergoed;
- daarnaast heeft de aanstaande moeder recht op een kraampakket (zie Zorgdiensten ONVZ Vrije Keuze Topfit).

Hulpmiddelen

- De kosten van hulpmiddelen en de eigen bijdragen worden vergoed, indien de hulpmiddelen zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen van de zorgverzekeraar.
- De kosten van versterkende brillenglazen of contactlenzen worden volledig vergoed.

Vervoerskosten

De vervoerskosten bij bezoek door gezinsleden, die tevens bij de verzekeraar verzekerd zijn, worden vergoed bij opname van verzekerde in een ziekenhuis, indien de afstand van woonadres en ziekenhuis meer dan 25 km bedraagt. Vergoeding vindt plaats op basis van € 0,28 per gereden km of tweede klasse openbaar vervoer.

Buitenland

In het buitenland worden onderstaande kosten van geneeskundige hulp vergoed:

Onvoorziene behandelingen:

De kosten worden volledig vergoed voor zover er sprake is van een acute ziekte of een ongeval tot maximaal de in het betreffende land officieel goedgekeurde of gangbare tarieven.

Voorziene behandelingen:

- Binnen een EU- of Verdragsland vindt vergoeding plaats tot ten hoogste 2x het bedrag van de kosten van het in Nederland marktconforme bedrag. Indien dit bedrag wordt overschreden, dient vooraf toestemming te worden gevraagd aan de verzekeraar.
- Buiten een EU- of Verdragsland vergoedt de verzekeraar de kosten van behandelingen tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Echter, betreft het woonland van verzekerde een land buiten een EU- of Verdragsland en vindt de behandeling in dat woonland plaats dan worden de kosten daarvan vergoed of ten hoogste 2x het bedrag van het in Nederland marktconforme bedrag.

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.

